

# **Здоров'я, медицина та філософія: стратегії виживання в умовах ковідної реальності**





**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА  
ВСЕУКРАЇНСЬКА ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ З БІОЕТИКИ»**

**ЗДОРОВ'Я, МЕДИЦИНА ТА ФІЛОСОФІЯ:  
СТРАТЕГІЇ ВИЖИВАННЯ  
В УМОВАХ КОВІДНОЇ РЕАЛЬНОСТІ**

**УДК 165 : 17**  
**Ф56**

*Рекомендовано до друку Вченою радою Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика. Протокол № 5 від 22.06.2022 р.*

**Рецензенти:**

Чл.-кор. НАН України, професор, д. філос. н. Хамітов Н. В.  
д. філос. н. Завгородній Ю. Ю.  
д. мед. н., професор Лоскутов О. А.

**ЗДОРОВ'Я, МЕДИЦИНА ТА ФІЛОСОФІЯ: СТРАТЕГІЇ ВИЖИВАННЯ В УМОВАХ КОВІДНОЇ РЕАЛЬНОСТІ / За наук. ред. Пустовіт С. В., Бугайової Н. М., Палей Л. А. – К.: Українська асоціація з біоетики, 2022. – 144 с.**

У монографію ввійшли статті, присвячені розгляду філософських, теоретико-методологічних та біоетичних засад сучасної медицини та концепцій здоров'я в умовах ковідної реальності. В статтях розглянуті наступні питання: філософські засади медичної теорії та практики; сучасні філософсько-методологічні та біоетичні аспекти здоров'я та хвороби; біоетичні, етико-правові та аксіологічні виміри системи охорони здоров'я; біомедичні технології та стратегії виживання людства; роль філософії та біоетики в епоху пандемії; актуальні питання викладання у медичних закладах вищої освіти.

Книга розрахована на широке коло читачів: науково-педагогічних та наукових працівників, лікарів, філософів, здобувачів вищої освіти та ін.

*Електронний варіант розміщено на сайті НУОЗ України імені П.Л.Шупика.*

ISBN 5-7715-0746-9

© Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, 2022  
© Всеукраїнська громадська організація «Українська асоціація з біоетики», 2022  
© Автори статей, 2022

## З М І С Т

<b>Вступ</b>		
<i>Пустовіт С. В., Бойченко Н. М.</i>		<b>5</b>
<b>I. ФІЛОСОФСЬКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ КОВІДНОЇ РЕАЛЬНОСТІ</b>		<b>8</b>
<i>Пустовіт С. В.</i>	НАУКОВА МЕДИЦИНА В КОНТЕКСТІ КОВІДНОЇ ГІПЕРРЕАЛЬНОСТІ: ФІЛОСОФСЬКІ АСПЕКТИ	<b>8</b>
<i>Гардашук Т. В.</i>	МЕДИЧНА НАУКА І ПРАКТИКА В УМОВАХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ	<b>24</b>
<i>Кузнецов В. І.</i>	МИССИЯ ФИЛОСОФИИ НАУКИ: ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ НАУЧНОЙ ТЕОРИИ ИЛИ ПОИСК ЕЕ ФИЛОСОФСКИХ ОСНОВАНИЙ?	<b>33</b>
<b>II. БІОЕТИЧНІ ВИМІРИ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ЕПОХУ ПАНДЕМІЇ</b>		<b>48</b>
<i>Бойченко Н. М.</i>	ЕТИКА, БІОЕТИКА, МЕДИЦИНА ТА ПОЛІТИКА В ЕПОХУ ПАНДЕМІЇ	<b>48</b>
<i>Бугайова Н. М.</i>	БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19: ЕЙДЖИЗМ, ЯТРОГЕНІЯ, СУЇЦИД, ДОТРИМАННЯ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ ТА ЇХ РОДИЧІВ У ВІДДІЛЕННЯХ РЕАНІМАЦІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ АБО СМЕРТЬ НА САМОТІ?	<b>59</b>
<i>Банарь І. П., Ожовану В. І., Кожокару В. П.</i>	УЯЗВИМОСТЬ ПАЛИАТИВНОГО ПАЦИЕНТА В КОНТЕКСТЕ ПАНДЕМИИ COVID-19. БИОЭТИЧЕСКИЙ ПОДХОД	<b>72</b>
<i>Березіна В. В.</i>	АВТОНОМІЯ, ЗГОДА І МЕДИЧНИЙ ПАТЕРНАЛІЗМ: БІОЕТИЧНІ ТА ФІЛОСОФСЬКІ АСПЕКТИ	<b>82</b>
<b>III. ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ БІОЕТИКИ</b>		<b>92</b>
<i>Мереуца І. Е., Кичук А. І., Леорда А. І., Полякова Л. Д.</i>	МОРАЛЬ И ГРАНИ БИОЭТИКИ И ПРАВА В НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ	<b>92</b>
<i>Єгоренков А. І., Кіхно І. М</i>	ЗООТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД АЛЬТЕРНАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ: НАУКОВІ ТА БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ	<b>107</b>
<i>Марков Ю. І.</i>	ПРОФЕСІЙНА ІДЕНТИФІКАЦІЯ МАЙБУТНІХ АНЕСТЕЗІОЛОГІВ	<b>116</b>

<i>Тищенко П. Д.</i>	ВОЙНЫ PRO-LIFE & PRO-CHOICE КАК КОНФЛИКТЫ ОЧЕВИДНОСТЕЙ	<b>124</b>
<i>Триньова Я. О.</i>	ОГЛЯД ОСНОВНЫХ БИОЭТИЧНЫХ ПРОБЛЕМ В СФЕРЕ ДОПОМОЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГИЙ	<b>132</b>
<b>Дані про авторів</b>		<b>142</b>

## ВСТУП

Пандемія коронавірусу SARS-CoV-2 стала ще одним свідченням формування глобалізованого світу як принципово нової віртуальної реальності, яка характеризується специфічною соціальною структурою, економікою, політикою, культурою, мораллю, – такого світу, який знаходиться на шляху пошуку глобальних об'єднуючих цінностей як відповіді на потреби та виклики цивілізаційного розвитку людства.

Пандемічна реальність потребує перегляду філософсько-методологічних засад медичної теорії та практики, охорони здоров'я, виходячи з сучасних досягнень світової філософської думки, філософії науки, філософської антропології, історії філософії, аксіології науки тощо.

З одного боку, а ргіогі медична практика невід'ємно пов'язана з глибокими етичними традиціями європейської цивілізації, втілює кращі цінності людства – бажання врятувати іншого від смерті, від небуття, подовшити його біологічне буття за допомогою біомедичних технологій, надати іншому шанс свободи від природного детермінізму. Таким чином, медицина, як особлива традиція та унікальна людська практика, пронизана турботою про іншого, в цьому сенсі добре корелює з основним лейтмотивом гуманітаристики, особливо гуманістичної філософії 20 століття. З іншого боку, медицина нав'язує соціальному суб'єктові новий медікалізований стиль життя: медикалізацію пологів, вмирання, смерті, інвалідності, хвороб, старості, повсякденних практик – трудової діяльності, дозвілля, сну, спорту, сексуальності, соціальних комунікацій.

Але, на відміну від інших галузей природничих наук, об'єктом вивчення, діагностики та застосування біомедичних технологій виступає людина, тому крім традиційних філософських питань, які постають перед науками про природу, таких як сутність життя, доцільність живого, особливість біологічного та еволюційного детермінізму та ін., тут постають питання філософської антропології – власне щодо особливості, унікальності людської природи та ідентичності людини, умов її існування як соціальної та розумної істоти, яка не тільки користується розумовими здібностями, але й страждає від відчуження, болю, страху, невизначеності, приниження або насолоджується здоров'ям та життям, переживає цей світ та себе в ньому як унікальну подію, що не вписується як лише природничий феномен в ланцюжок наукового раціоналізму та природного детермінізму.

Людина протягом усієї своєї еволюції своїми власними зусиллями вирізняла себе з усього світу живого – завдяки розитку людської культури утверджувала як природне для людини те, що не було природним для жодного іншого біологічного виду. Людина створювала те, що лише згодом набувало характер раціонального і науково доведеного, а у момент його винайдення і утвердження виглядало як дещо надприродне і навіть неймовірне з традиційного погляду. На певному етапі своєї еволюції людина почала радикально змінювати також уявлення про здоров'я – яке почало значно перевершувати біологічні стандарти – і у тривалості, і у якості життя.

У цій перспективі медицина перестає бути лише доказовою і науковою, вона повертає собі статус загальнолюдської практики як фундаментального способу впорядкування людством і окремими його представниками свого життя і особливої стратегії виживання всього людства.

Приймаючи онтологічний статус фундаментальної життєвої ситуації людини, ми зобов'язані прийняти новий образ медичної раціональності у вигляді раціональності трансцендентальної прагматики, раціональності життєвої ситуації пацієнта. Повернення до філософських засад медицини дозволяє відмовитися від однозначного психофізичного дуалізму і сцієнтизму та почати розглядати життя пацієнта в повноті його фактичних екзистенціалів.

Варто вбачати значний і ще до кінця належно не оцінений ресурс і резерв досягнення нової якості життя у прагненні людини забезпечувати гідність свого життя та зміцнювати об'єктивні і суб'єктивні складові свого щастя завдяки власним зусиллям. І завданням сучасної медицини все більшою мірою стає залучати зусилля самого пацієнта до його лікування та формування здорової основи його життя.

Глобальні проблеми людства, серед яких найбільш помітною сьогодні є пандемія коронавірусу SARS-CoV-2, яскраво демонструють, що лікарі-науковці нині не можуть обмежуватися лише внутрішніми стандартами доказової медицини. Остання має не лише орієнтуватися на удосконалення своїх епістемологічних засад, на універсальні світоглядно-пізнавальні принципи, міждисциплінарний та трансдисциплінарний підходи сучасної науки, але й на зміцнення свого ціннісно-практичного базису – на більш послідовний захист загальнолюдських цінностей і водночас цінностей конкретних соціальних спільнот, а її представники мають виходити на рівень філософського осмислення й обґрунтування прикладних нормативно-правових, моральних і політичних аспектів уточнення стандартів своєї професійної діяльності.

Філософський аналіз сучасної медицини як теорії та практики має велике значення для розвитку медичної науки та освіти.

Знання філософських засад сучасної медицини сприяє формуванню філософської та методологічної культури сучасного лікаря як дослідника та клініциста, його духовному розвитку.

Виходячи з цього, роль філософії для розвитку медицини та осмислення високої місії та покликання лікаря, для його освіти важко переоцінити. Не в останню чергу ця роль полягає в з'ясуванні за допомогою філософії справді гуманістичного та гуманітарного потенціалу медицини як науки і мистецтва, соціальної практики і традиції, і, одночасно, в розкритті її нових аксіологічних, гносеологічних і методологічних можливостей та перспектив.



# **I. ФІЛОСОФСЬКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ КОВІДНОЇ РЕАЛЬНОСТІ**

## **НАУКОВА МЕДИЦИНА В КОНТЕКСТІ КОВІДНОЇ ГІПЕРРЕАЛЬНОСТІ: ФІЛОСОФСЬКІ АСПЕКТИ**

**С. В. Пустовіт**

*Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика  
м. Київ*

Пандемія COVID-19 створила унікальний соціокультурний та медичний контекст для повернення до вже традиційної для філософії медицини другої половини двадцятого століття проблеми співвідношення та співмірності світу емпіричних наук, наукових фактів та практик і життєвого світу соціальних груп та соціалізованих індивідів. Те, про що попереджали футуристи та постмодерністи, феноменологи та соціологи науки, стало наочним та відчутним навіть у форматі глобальних рішень. Ухвали на рівні окремих країн і біополітичні рішення та рекомендації на міжнародному рівні тимчасового і постійного характеру, протиепідемічні заборони і адміністративно-правові режими сприяли *de facto* спотворенню традиційних форм соціальної взаємодії, затвердженню нового обсягу прав і зобов'язань громадян, нової суб'єктності та тілесності в умовах мінімізації соціальних комунікацій та як результат – виникненню нової медікалізованої штучної гіперреальності [1].

Надзвичайні обмеження та санкції призупинили повсякденне комунікацію і взаємодопомогу між людьми, зокрема поставили «на паузу» ліберальні практики обговорення громадянським суспільством біоетичних проблем, пов'язаних із медичними ятрогеніями та ризиками експансії інвазивних медичних технологій. Вони сприяли трансмісії медійної конспірології, мережевих чуток, легенд і міфів, породжували невдоволення, агресію, стигматизацію, протестне згуртування навколо правових, організаційних прогалин у сфері надання медичної допомоги і ліквідації вогнищ поширення коронавірусу [1].

Свого часу Ж. Бодріяр описав ризики гіперреального медійного соціуму, в якому люди все менше спілкуються, їх починають оцінювати за ступенем

залученості в потік медійних повідомлень і реклами, освоєння ними медійних меседжів, симулякрів [2].

У нашому випадку такими симулякрами стали пропаганда винятковості медичних практик ізоляції, масового обмеження рухової активності (хороший пацієнт – пацієнт, прикутий до ліжка, квартири, місця проживання) і нав'язування вакцинації як єдиної і універсальної медичної технології досягнення індивідуального здоров'я та набуття колективного імунітету в умовах пандемії.

Виконання надзвичайних правил громадянами і участь в пов'язаних з ними протиепідемічних (профілактичних), лікувальних і обмежувальних (карантинних) заходах призвело не тільки до значного скорочення звичних фізичних і символічних та ін. кордонів суб'єкта, медикалізації тілесності, але й до фактичної і примусової («обов'язкової») «медикалізації повсякденності», широкої уніфікації і стандартизації способу і стилю життя пересічних громадян, соціокультурних традицій, і як наслідок – до значного зменшення можливостей колективного обговорення пропонованих стратегій, індивідуального вибору способів збереження здоров'я, діагностики і терапії.

В період пандемії громадяни і професійні групи опиняються у примусовій медикалізованій «ковідній реальності» у вкрай вразливому стані, відчуваючи невпевненість, страх або навіть провину під час прийняття повсякденних рішень. «Вина» переживається суб'єктом як цілий спектр станів фрустрації: неможливість отримати вчасно відповідну медичну допомогу; незахищеність від тиску командно-адміністративної системи; брак спеціальних медичних знань – «нездатність запобігти інфікуванню і контролювати протікання власного захворювання та своїх близьких; безсилля та психологічна виснаженість у спробах протистояти медикалізації повсякденного життя, нав'язуванню із боку суспільства та держави колективних практик вакцинації та ізоляції; конфлікт різних традиційних і нетрадиційних уявлень про здоров'я – невідповідність індивідуальних практик збереження здоров'я (заняття спортом, загартовування, фізична активність на свіжому повітрі) і «офіційно» встановлених і пропагованих у масмедіа норм і практик самоізоляції, мінімізації фізичної активності (ідеологія гіподинамії, економії ресурсів) та ін.

«Противники вакцинації», так звані «дисиденти від вакцини», які критично ставилися до якості зазначених рекомендацій та їхньої безпечності, недосконалості лабораторних практик та нелогічності, непослідовності прийняття урядових рішень щодо протиепідемічних заходів, піддавалися стигматизації та демонізації, на них покладали відповідальність за зростання кількості померлих

у лікарнях, їх усували від виконання професійних обов'язків та позбавляли заробітної плати через відсутність вакцинації тощо.

Причини того, що відбувається у період так званої пандемії коронавірусу COVID-19, потрібно шукати в самій природі природничонаукового знання. Науковий досвід – це розкритий інтерсуб'єктивно збагнений досвід наукової спільноти, який знаходить своє відображення у формалізованій науковій мові, за допомогою загальних дефініцій він стає обов'язковим для всіх, набуває публічності. Істинне пізнання спрямоване на всезагальне, незмінне, необхідне, але з самого початку становлення європейської науки як *theoria* (яка намагається з внутрішніх структур, з результатів інтроспекції зробити зрозумілим не тільки світ природи, але й суспільства) отримує привілейований доступ до істини. Теорія у ідеальному випадку передбачає дедуктивний метод виведення знання – логічних наслідків, одержаних із системи аксіом або достовірних засновків, сувора дедуктивна структура теорії відповідає вимогам несуперечності та повноти під час виконання головних функцій – пояснення і передбачення.

Історія медицини знає багато прикладів, коли лікарі, які не могли довести свою правоту теоретичним шляхом, не тільки не сприймалися науковим співтовариством, але й були відсторонені від медичної практики та примусово ізольовані від суспільства. Так, зокрема, австро-угорський акушер-гінеколог 19 століття І. Земмельвейс, який з'ясував, що в лікарнях породіллі вмирають частіше, ніж ті, хто народжує на вулиці, так і не зміг теоретично довести своєї правоти та переконати наукову спільноту. Фактично лікарі «вбивали пацієнтів», відмовляючись визнавати факт сепсису, на який вказував вчений, бо за його спостереженнями «не стояло ніякої теорії». Не в силах припинити те, що вважав вбивством, Земмельвейс впав у депресію та закінчив свої дні у психлікарні. Тільки через декілька десятиліть його методика практичного застосування асептичної обробки набула широкого визнання, ім'я вченого увійшло в історію [3, С. 240].

Наукові теорії модерну з часом втрачають автономію та самодостатність, спираючись на емпіричні факти – плоди своєї діяльності або – на когерентність з іншими доведеннями, вже відомими парадигмами. Емпірична даність – це те, що можна побачити наочно, зробити прозорим завдяки розуму. Оптична концепція когнітивних здібностей суб'єкта стає основою пізнання природи. «Однак коли б речі загалом, – вважає сучасний німецький філософ П. Слотер-дайк, – були такими, якими одразу їх бачать, не було б жодної проблеми в дослідженні та науці. Не було б чого шукати, висвітлювати, випробувати... Тому тут все «дане» (що можна побачити наочно – *прим. автора*) є водночас тільки

«уявним» і штучним» [4, С. 66]. Справжнє знання про природу речей можна отримати тільки за допомогою освітлення цих речей променем розуму. Перебування істини в темній серцевині речей парадоксально пов'язане з цією суверенною можливістю погляду, який висвітлює їхню темряву. Розум у своїх намаганнях доходить до своїх меж та перетворюється на *цинічний розум*, для якого на немає Бога, та все дозволено заради медичного ідеалізму. Отже раціональний науковий дискурс починає спиратися на протидію природи, непрохідну щільність її як непрозорого об'єкта, він задає джерела, область і межі дослідження цього об'єкту, інвазивну, агресивну та наступальну стратегію пізнавальної активності.

У витоків сучасного наукового цинізму, пріоритету медичного ідеалізму над цінністю повсякденного життя людини та загальнолюдськими цінностями, знаходиться патологічна анатомія. В 1761 році Джованні Батіста Морганьї опублікував свою роботу «*Sedibus et causis morborum per anatomien indagatis*», в якій докладно описав результати розтинів семисот трупів, супроводжуючи їх розповіддю про симптоми, які пред'являв кожен із цих хворих при житті [5, С. 82]. Знахідки Морганьї фокусували увагу лікарів на патологічні зміни в органах та системах, що сильно відрізнялося від гуморальної теорії медицини – традиційного підходу, який орієнтував лікаря на те, що загальний стан пацієнта змінюється унаслідок неправильного змішування рідин організму. Через цей поворот патофізіологічні зміни тіла людини почали трактувати як основу та причину патологічних станів. Хвороба виявилася повністю вписаною у простір тіла (органів та систем) хворого, а сам він перестав бути суб'єктом недуги. Хвороба – це те, що «всередині» людини, що може побачити, виявити, зрозуміти тільки спеціально *підготовлений спеціаліст*, а не сама людина, яка знаходиться в особливому стані. І справді, багато методів діагностики в медицині (УЗД, рентгенологічне дослідження, різні види томографії, ехографії та ендоскопії) сьогодні є аналогами анатомічного методу, які «замінили» аутопсію з метою виявлення «справжніх» причин хвороби.

Розкрита поверхня трупа, яка демонструє собою причини смерті, з одного боку, полегшила «бачення причин хвороб» оком розуму, бо надала для формування нозологічних одиниць ідеальний матеріальний субстрат та повноваження боротися за життя. З іншого боку, саме з моменту усвідомлення спроможності розпізнавати та фіксувати стан смерті лікар опиняється в середині абсурдної боротьби за життя фізичних тіл, відокремлених від суб'єкта з його унікальним життєвим досвідом та правом вирішувати власну долю. Оскільки

живе тіло є джерелом влади в суспільстві (М. Фуко), то помічник тіла, тобто лікар, стає *людиною влади*. Формується різновид лікаря-можновладця, який отримує від центральних виконавчих органів будь-якої держави частину влади над життям і смертю інших [4, С. 269].

В контексті «цинічного розуму» хворобу починають розглядати як ворожий агент, елемент, який потрапляє до організму людини. Відомий бактеріолог та філософ науки Л. Флек, критикуючи парадигму лікування інфекційних захворювань як боротьбу з ворожим агентом, наголошує, що потрібно вести мову радше не про інвазію, а про дуже складну *революцію* всередині комплексної життєвої одиниці [6, 71]. Якщо мислити системно, то повністю чужий елемент не може знайти рецепторів в організмі людини, здатних із ним реагувати, і не запускає патологічні процеси. Вчення про інфекційні хвороби має безліч прикладів, коли сам факт наявності в організмі людини збудника – *безсимптомне інфікування, носійство, алергія та серогенез* – ще не означали захворювання. Навпаки, природні системи презентують безліч прикладів гармонійного поєднання біологічних видів, частин, життєвих одиниць, життєвих світів.

Отже, в Новий час поняття *теорії* втрачає зв'язок із сакральним та містичним, свій первісний елітарний характер, притаманний давньогрецькій філософії, але зберігається ідеалістичне уявлення про можливість та необхідність дистанціювання від повсякденного людського досвіду та інтересів. Мислячий розум, спрямований на тотальне, на цілісність, як основа давньогрецьких поглядів на світ, поступається місцем новому типу раціональності – *раціональності методу*, який завдяки успіхам природничих наук досягає свого визнання у 17 столітті. Сучасні емпіричні науки починають «довіряти» лише раціональності власного способу дії та методу, а розумність практичної філософії поступово перетворюється на розумність процедур пізнання та *значущість результатів* [3]. Але в такому випадку раціональність методу вже не гарантує минулу єдність явищ.

Світ природничих наук, зокрема медицини, – це певною мірою «світ у собі», «річ у собі», яка генерує свої власні сценарії, укорінені в історії становлення медичної галузі, наукових товариств, у стилях наукового мислення, притаманних певній епосі, сукупності визнаних парадигм. Тому завжди існує розрив, неспівпадіння між «уявним» світом наукових фактів, науковими моделями пізнання та дійсністю, поведінкою систем у реальному просторі та часі. Але поступово «патологічний контекст», «патологічний дискурс» (відповідно – намагання перетворити патологію на норму та здолати природу силою) у

медицині постають як моральні імперативи, а медичні технології та методи знаходять широке застосування у повсякденному житті, здійснюють експансію на макросвіт соціальних явищ.

Аналізуючи відкриття Л. Пастера щодо вакцинації великої рогатої худоби проти сибірської виразки, французький філософ Б. Латур доходить висновку про *неправомірне розширення модельної експериментальної ситуації лабораторних практик на все суспільство*.

Свого часу, вказавши на мікроорганізм як на справжню причину захворювання, Пастер по-новому формулює інтереси фермерів: якщо ви хочете вирішити *практичну* проблему сибірської виразки, то спочатку вам доведеться пройти через мою лабораторію [7, С. 9].

Пастер додає до інших сил французького суспільства ще одну силу – *мікроорганізм*, який стає невід'ємною складовою усіх суспільних та родинних зв'язків: «Відтепер ви не можете будувати економічні відносини, не зважаючи на цього посередника, «*tertium quid*», оскільки мікроб здатний зробити ваше пиво гірким, зіпсувати вино або оцет, заразити ваш товар на холеру або стати причиною смерті вашої довіреної особи, яка відправився до Індії. Без нього ви не зможете створити соціального руху за гігієну, позаяк, як би ви не старалися допомогти нещасним масам, скупченим у містах, вони все одно будуть вмирати, якщо ви не *контролюєте* цього невидимого чинника. Ви навіть не здатні встановити невинні стосунки між матір'ю і дитиною або двома коханими і втратити з поля зору причину, здатну спричинити дифтерію і смерть дитини або сифіліс і божевілля одного з закоханих» [7, С. 17].

Але макромасштаб реальності сільських господарств із різноманітним чинників економічного, соціокультурного, екологічного, політичного характеру не співпадає із моделлю мікросвіту наукової діяльності, з мікромасштабом вивчення поведінки мікроорганізмів у лабораторних умовах.

Зміна масштабу дає змогу змінити співвідношення протиборчих сторін: якщо «ззовні» тварини, фермери і ветеринари були слабші перед невидимою паличкою сибірської виразки, то всередині лабораторії Пастера людина стає сильнішою, ніж паличка, і, як наслідок, науковець у лабораторії стає могутнішим за місцево освіченого і навченого *досвідом* ветеринара. Але модель має обмежену функціональність та асиметричні стосунки з модельованим об'єктом, вона завжди бідніша на зв'язки та властивості, ніж об'єкт пізнання, в іншому випадку вона перестає бути науковою моделлю [8].

У лабораторії розглядається лише обмежена кількість елементів, які відносяться до макроскопічної епізоотії; в ній має місце тільки контрольована епізоотія на експериментальних тваринах; з лабораторії назовні поширюються тільки певні методи щеплення і різновиди самої вакцини.

Відомий американський філософ М. Вартофський вважав, що коли модель-репрезентація набуває сили вердикту та безапеляційно стверджується, що репрезентація є самою дійсністю, то у такий спосіб у концептуальному просторі людської уяви допускається існування множини вигаданих сутностей із різними властивостями. При такому розширенні поняття існування може з'явитися цілий зоосад різних існувань, у якому кожен *звір-презентація* набуває своєї зони проживання у різних науках: у математиці, художній літературі, у світогляді племені хопі тощо [8, С 58-59]. Якщо вакцинацію та натуралістичну модель здоров'я взяти за основу загального уявлення про здоров'я та хворобу, терапевтичних та санітарно-гігієнічних практик при пандемії, ідентифікації та розуміння людської природи, то це буде означати народження сутностей із репрезентацій, тобто генерацію симулякрів. Отже, узурпація моделлю влади над об'єктом веде до втрати останнім онтологічної цілісності.

Загалом, стає очевидним методологічне підґрунтя непорозуміння між захисниками і противниками вакцинації: перші – впевнено переводять вакцинацію у розряд рутинних практик, а другі – бачать у ній необґрунтоване розширення модельного «експерименту», клінічних випробувань вакцин на досліджуваних, на все суспільство. Типовий аргумент тих, хто не вважає вакцинацію причиною несприятливих тяжких наслідків – «вони не відповідали умовам експерименту» – мали зайву вагу, серцево-судинні захворювання, тобто, читай – зовсім були «не схожі» на відібраних учасників дослідження вакцин. Ну що ж, самі винні! А до чого тут вакцини? Тільки життя – це не медичний «експеримент». У пересічних громадян є вікові відмінності, хронічні захворювання, «відхилення» від «норм», індивідуальні фізіологічні та генетичні особливості, і якось вони примудряються з усім цим жити та радіти життю.

Інша небезпека в період пандемії коронавірусу – це той факт, що політики та медичний істеблішмент використовують цю ситуацію, щоб запровадити підвищені заходи безпеки і легалізувати технології контролю за населенням, включно зі щепленням, для здійснення «пандемічного панування» (до того ж на ятрогенії вакцинації не зважають, або їм не надають важливості). Для того, щоб збільшити реалізацію свого продукту фармацевтичні компанії, лобі та інші зацікавлені групи спонукають нас лікуватися *частіше, ніж нам це потрібно*,

завдаючи тим самим шкоду, яка одразу не кидається в очі і не вважається «помилкою». Фармацевтика породжує приховану і розподілену *ятрогенію*, масштаби якої зростають [3]. «Легко оцінити ятрогенію, – вказує письменник та спеціаліст з управління Н. Талеб, – коли хірург ампутує не ту ногу або вирізає не ту нирку, або коли пацієнт помирає від алергії на ліки. Але коли ви годуєте дитину таблетками від якогось надуманого психічного розладу на зразок синдрому дефіциту уваги і гіперактивності або депресії, замість того щоб випустити своє дитя з психологічної клітки, збиток, який ви наносите дитині в довгостроковому плані, ніяк не враховується» [3, С. 241]. Прихована, «невидима ятрогенія» пов'язується із трьома проблемами людської свідомості:

- 1) наївністю людей, *ілюзією розуміння* того, що вони в курсі всього, що відбувається;
- 2) ретроспективним викривленням подій, які мали місце в минулому;
- 3) схильністю перебільшувати значення фактів.

До всього іншого, ятрогенія посилюється «проблемою конфлікту інтересів», коли у лікаря є особиста зацікавленість, яка не збігається з інтересами користувача послуг. Ця проблема виходить на перший план, коли лікар зацікавлений перш за все не втратити свою роботу та фінансову стабільність, через що йому необхідно виконувати всі накази державних контролюючих органів. Отже, інститут охорони здоров'я стає надійною опорою системи державного контролю за населенням, впровадження так званих *дисциплінарних практик*.

Американо-мексиканський богослов та філософ І. Ілліч свого часу розподілив всі ятрогенії на три види:

- 1) клінічні;
- 2) соціальні;
- 3) культурні [9].

*Клінічна ятрогенія* описує небажані наслідки для здоров'я людини, набуті в лікарні: наприклад, побічні дії ліків, зайві хірургічні втручання, лікування надуманих патологій, а також ускладнення та інвалідизацію унаслідок лікування. Сюди ж відносять страждання та хвороби від неуцтва, некомпетентності, байдужості або нечутливості медичних працівників.

*Соціальна ятрогенія* описує процес, під час якого «медицина підтримує» хворобливі стани, захворюваність у суспільстві, коли змушує індивідів пасивно по-споживацькому звертатися по допомогу до лікувальної, профілактичної, гігієнічної та ін. видів медицини без змін у своєму житті та стані власного здоров'я. Лікар, який відмовляється робити зайве оперативне втручання і дає змогу



організму зцілитися самостійно, не отримає ані винагороди, ані похвали, на відміну від лікаря, який запевнить пацієнта, що без операції або вакцинації не обійтися, після чого піддасть пацієнта операційному ризику та ризику ускладнень (або смерті) після медичного втручання. Керівник корпорації, який уникнув збитків, навряд чи отримає премію. Справжній герой у суспільстві ризику, у світі *чорних лебедів*, той, хто запобігатиме катастрофі і, оскільки катастрофи не було, не отримає у результаті ані визнання, ані премії [3]. Медицина підриває індивідуальну мотивацію суб'єктів турбуватися про себе, перетворює людей на іпохондриків, які згодні віддатися на милість медичних працівників. З іншого боку, патерналістичні та адміністративно-бюрократичні практики призводять до відчуження лікаря від пацієнта, вихолощення гуманітарної складової медицини як соціального інституту, девальвації цінності медичних послуг.

Кінцевим пунктом «медичного заперечення» здоров'я постає *культурна ятрогенія*. Вона пускає коріння, коли медичний заклад втручається у повсякденне життя пересічного громадянина, залучається до світу його переживань реальності власного життя. Культурна ятрогенія позбавляє громадян здатності «переживати реальне життя». Лікарі набувають статусу священства, а політичні та соціальні проблеми переходять у розряд медичних.

Отже, спочатку клінічна ятрогенія спотворює індивідуальну спроможність опиратися на «зовнішні», немедичні авторитети. Потім, соціальна та культурна ятрогенії впливають на соціальне та культурне довкілля, зменшуючи можливості людей, родин та громади впорядковувати свій стан самостійно.

Одним із розв'язань ситуації, яка склалася з медициною у період пандемії, на нашу думку, є докорінна зміна наукової парадигми здоров'я та хвороби, форм та методів надання медичної допомоги, уявлень про медичний час та простір, зокрема – формування *нової моделі здоров'я як життєсвіту пацієнта*.

У 20 столітті формується *постнекласична парадигма науки*: прагматизм, психологія розвитку, психоаналіз, герменевтика, екзистенціалізм, феноменологія, філософія постмодерну прагнуть повернути науковий розум до його контекстів, конкретизувати його в *мові, дії, тілесності, соціокультурному та історичному горизонті*, довести, що експертне наукове знання має поєднуватися із практикою повсякденного життєвого світу пацієнта та соціуму [11, 12]. В контексті цієї парадигми переосмислюються есенціалістські, «сутнісні» підходи до визначення природи людини, які поступаються місцем: «екзистенціалам»; модусам співіснування людини разом з іншими людьми, тваринами,

природою, суспільством; феноменології тілесності та уявлення про відкритість життєвого світу людини зовнішнім небезпекам.

У центрі філософії медицини і здоров'я опиняються такі феномени людського життя як *вразливість, співпереживання, тілесність, біль, страждання*. Акцент із патологічного контексту антропологічних розвідок переноситься на обґрунтування розширення меж норми та нормального у бік екзистенційних та психотерапевтичних вимірів людського буття. Поняття здоров'я та хвороби в глобалізованому міжнародній спільноті набуває глибокого екзистенційного сенсу і починає асоціюватися, з одного боку, – із тривогою, безпорадністю, самотністю, занедбаністю, неможливістю отримати вчасну та якісну медичну допомогу, страхом випадкового інфікування та невиліковних, хронічних і орфанних захворювань, з іншого – з біоетичними цінностями, принципами та правами особистості на власне життя та турботу про себе [3].

Постнекласична наука формує новий ідеал науки та факту. Тривалий час онтологічний вимір фактів недооцінювали вчені й філософи, які розглядали фактичність як таку собі формальну процедуру, що маскує реальність. Світ фактичний вважався непорівнянним зі світом людських ідеалів і цінностей. У постнекласичній науці гарантом достовірності фактичного знання виступає його причетність до смислу буття. Факт, крім відображення події як елементу наукової картини світу, починає містити в собі також і смисл такої події, її оцінку. Він розглядається як здатний до розвитку й зміни, будучи вставленим у різні контексти. Цей процес відбиває нові розміщення сил, зв'язки та зчеплення, грані осмислення тотальності життя, розуміння якого можливе лише через додання змісту, значення, ціннісного акценту тим або іншим фактам. В цьому плані особливого значення набувають чотири аспекти постнекласичної науки: *філософський, соціологічний, антропологічний, екзистенційний* [13].

*Філософський аспект* означає те, що зв'язки науки, технології, людини та суспільства піддаються філософській рефлексії як певна цілісність у світлі онтологічної проблеми збереження життя. *Соціологічний аспект* постнекласичної науки пов'язаний зі зростанням значення міждисциплінарних та проблемно-орієнтованих завдань, які потребують нетрадиційних форм продукування та організації знань. Ці завдання безпосередньо пов'язані із біоетичними, екологічними, біомедикотехнологічними питаннями. *Антропологічний аспект* зумовлений необхідністю застосування когнітивно-комунікаційних стратегій вивчення складних людиновимірних систем. Етос постнекласичної науки по-новому визначає статус наукового знання по відношенню до ненаукового та навпаки. Тут

є толерантність у спілкуванні, відбувається перехід від проблеми демаркації наукового та ненаукового знання до проблеми діалогу в різноманітних його формах, збагачення філософії науки нетрадиційними формами рефлексії, а сфери життєвого світу – професійними знаннями. Некласичні форми рефлексії (конкретні, практичні, синергетичні та ін.) містять у собі момент недовизначеності, відкритості авторському виконанню, вони підтримують зв'язок наукового пізнання із людиною, з її практичною діяльністю.

Екзистенційний аспект постнекласичної науки безпосередньо пов'язаний з осмисленням ролі людини у процесі формування складних систем, які самоорганізуються, зокрема науки. Межові форми між наукою та метанаукою знаходять своє віддзеркалення у цілому спектрі людського існування: починаючи з безпосереднього переживання людиною повсякденності і закінчуючи життєвим світом, у якому відбувається осмислення людиною свого життя.

В контексті постнекласичної раціональності переосмислюються такі традиційні філософські питання медицини як парадигми хвороби та здоров'я, терапії, клінічного мислення, медичної етики тощо.

У філософській та психологічній науковій літературі простежується поворот від негативних визначень і розуміння здоров'я як «відсутності недуги» до позитивних уявлень про здоров'я як багатовимірного феномену, благополуччя, індексу щастя, можливості повнокровного, насиченого життя, вирішальну умову свободи, спосіб життя, життєсвіт, шлях до вирішення повсякденних проблем. Здоров'я починає розглядатися як екзистенціал, що зв'язує повсякденний життєвий світ, тілесність і духовні плани особистості, а процес одужання – як здійснення покликання людини більш глибоко і ґрунтовно стати особистістю.

*Життєсвіт особистості* конститується у горизонті життєво-історичного доквілля, в його основі – особистісні переживання, різноманітний повсякденний досвід та практика.

Навпаки, медик та фізіолог, представник лабораторної діагностики та лікар-епідеміолог мешкають не у світі пережитих неповторних подій і різноманітних властивостей речей навколишнього світу, а в іншому, уявному світі, світі наукових парадигм, дефініцій, концепцій, визначень та професійних обов'язків, які впливають із необхідності постійно співставляти два світи – наукової теорії та соціальної практики, «підганяти» реальний світ під чинні наукові парадигми, вкладати різноманіття набутого людством досвіду та індивідуальний життєвий досвід в прокрустове ложе, обмежене прийнятими науковими підходами, нозологічними одиницями та панівними в медицині патерналістичними точками

зору на взаємовідносини лікаря та пацієнта в терапевтичному процесі, у справі запобігання та лікування недуг.

Одним із важливих елементів здоров'я як життєсвіту є внутрішня картина хвороби (ВКХ). Оригінальна психофізіологічна модель ВКХ свого часу була проаналізована Г. А. Аріної та А. Ш. Тхостовим [6]. Автори запропонували розглядати ВКХ як особливу форму пізнавальної діяльності (соматорецепції) пацієнта, спрямовану на подолання хворобливих неприємних відчуттів та активне позбавлення від страждань. Було показано, що ВКХ є складним психологічним явищем, яке відображує 4 рівні сприйняття хвороби:

- 1) чуттєвий;
- 2) емоційний (емоційні реакції хворого на окремі симптоми, захворювання у цілому і його наслідки);
- 3) інтелектуальний (комплекс знань хворого про своє захворювання, його роздуми про причини і можливі наслідки хвороби);
- 4) мотиваційний (особистісний сенс хвороби і її наслідків), який супроводжується зміною поведінки, способу життя і актуалізацією діяльності з відновлення і збереження здоров'я.

Ця модель пацієнта як суб'єкта, який керується у свої стратегіях збереження здоров'я внутрішньою інтрацептивною картиною хвороби, має багато спільного з концепцією індивідуальних міфів пацієнта, як-от:

- 1) вона є продуктом пізнавальної творчої діяльності автономного суб'єкта, який прагне до самостійного аналізу та вивчення закономірностей власного патофізіологічного стану;
- 2) її метою є розкриття смислу, розуміння феномену хвороби, усунення або полегшення її симптомів та проявів – неприємних локальних відчуттів (біль, дискомфорт, печіння, здавлювання та ін.);
- 3) вона інтегрує різні рівні психіки в певну цілісність, мета якої збереження або відновлення психофізичної ідентичності – певного статусу, який суб'єктивно розглядається як стан «здоров'я».

Існування живої свідомості та тілесності пацієнта, існування живих наративів та уявлень ґрунтується на екзистенційному досвіді пацієнта, на досвіді випробування життям.

Повсякденний досвід, знання, переживання, уявлення пацієнта про самого себе не тільки як кінцеву фізичну істоту, але як про особистість, яка наділена творчими можливостями, має індивідуальні та соціальні, звичайні й екзистенційні, медичні та немедичні виміри, відіграють величезну роль у формуванні

сучасної парадигми здоров'я, що має евристичний, діагностичний, терапевтичний, прогностичний потенціали.

Отже, життєвий і практичний досвід пацієнта, його близьких, аптекарів, до яких він звертається за порадою, колег на роботі, просто людей на вулиці, з якими діляться своїм досвідом, особистісно забарвлені уявлення і переживання пацієнта про самого себе, свої хвороби і здоров'я; сні і страхи, хороші і неприємні події особистого життя; внутрішня картина хвороби; унікальні експерименти і духовні практики, що наявні в житті пацієнта – це і багато іншого є обґрунтованою альтернативою чинних когнітивно-дікурсивних наукових підходів до розуміння здоров'я і хвороби.

В умовах пандемії COVID-19 актуалізується значущість біоетичних основ медицини, зокрема її спрямованість до цінностей ліберального громадянського суспільства – фундаментальних прав людини, свободи вибору, індивідуальних моделей та практик збереження здоров'я, поінформованої згоди на будь-яке медичне втручання, широке обговорення у соціумі обмежень наукової медицини, включно з питаннями масової вакцинації як традиційної (застарілої?) біомедичної технології 20 століття. Права, які гарантовані громадянам законодавчо в Україні, передбачають добровільність медичного втручання, коли обов'язковою та попередньою його умовою є надання інформованої добровільної згоди громадянина або його законного представника на будь-яке медичне втручання, зокрема вакцинацію.

У цьому контексті варто звернути увагу на комунікативний потенціал біоетики. Як історичний приклад можна згадати Нюрнберзький процес. Як відомо, в результаті відкритої дискусії представників різних країн та досягнення ними консенсусу, вперше в історії людства були декларовані етичні принципи проведення біомедичних досліджень за участю людини: свобода, поінформованість, дієздатність досліджуваного, наукова обґрунтованість дослідження, усунення зайвих психічних і фізичних суб'єктів дослідження [6].

У другій половині 20 століття відбувся поворот від етики суб'єктивності до етики інтерсуб'єктивності та комунікативності, який ознаменувався зміною етичних парадигм – переходом від філософії та етики свідомості до філософії та етики комунікації, соціофілософської теорії комунікативної дії. Морально-практичні нормативи починають трактуватися як генеровані комунікативною взаємодією і на основі взаємної згоди (консенсусу) людей.

У книзі «Майбутнє людської природи. На шляху до ліберальної евгеніки» Ю. Хабермас, аналізуючи біоетичні проблеми технологій, які втручаються у

геном людини і піддають інструменталізації її життєвий світ, наголошує, що для того, щоб виробити загальнозначущі моральні норми щодо таких технологій, необхідна мовна комунікація [10]. Автономно діючий суб'єкт змушений вступати в дискурс і спільними зусиллями, разом з іншими людьми, відкривати та виробляти норми, які слугуватимуть основою загальної згоди. Особи, які беруть участь у комунікації, не повинні переривати інтерактивну діяльність навіть у конфліктних ситуаціях, в умовах припинення комунікативної поведінки. На думку К. О. Апеля і Ю. Хабермаса, комунікативний дискурс можливий лише за умов громадянського суспільства як єдиної інстанції, здатної взяти під контроль наукові проекти.

Статус комунікативної практики закріплюється за біоетикою, яка постає як практика широкого обговорення у пресі, на сторінках наукових видань, у наукових колах, громадських та державних організаціях численних дилем, випадків медичної практики, судових прецедентів (випадки з Елізабет Бовіа, Джоном Край, Тетяною Тарасовою та ін.). Вона набуває рис діалогу і полілогу, до якого вдаються громадські організації, державні структури, соціальні інститути та окремі громадяни, обговорюючи нагальні проблеми захисту прав пацієнтів, вакцинації, вразливих контингентів населення, споживачів різноманітних соціальних послуг, права тварин, природного світу. Водночас комунікативна практика здійснюється одразу на кількох рівнях: інтер- та міждисциплінарному, локальному, глобальному крос-культурному та крос-національному. У процесі дискусій розробляються морально прийнятні характеристики людського існування, а також моральні критерії оцінки впливу науки та технологій на основи існування людини та життя на планеті [14].

Отже, пандемія COVID-19 вкрай загострює недоліки та обмеження наукової медицини: її натуралістичних уявлень про природу хвороби, здоров'я та людини; її «віри» в абсолютність та досконалість наукової методології, експериментального методу та лабораторних практик; її значний гносеологічний нахил у бік інвазивності та примусовості щодо людської тілесності та цілісності; її проростання у владні структури та перетворення на частину державної системи соціального примусу та дискримінації громадян на основі медичних показів [15].

Не піддаючи сумніву важливість колективних санітарно-епідеміологічних заходів і норм в умовах пандемії, вважаємо, наукова медицина, заснована на цінностях наукової теорії, наукового факту та емпіричного методу, якими керується у своїй діяльності наукова спільнота, в умовах ковідної гіперреальності продемонструвала обмеження та недоліки щодо своїх онтологічних,

гносеологічних та аксіологічних аспектів. Орієнтація на метафізичні виміри хвороби як певної реальності, яка існує у вигляді виключно теоретичних конструктів, наукових фактів, істинність яких підтверджується виключно лабораторними практиками, знову повертає нас у ситуацію «кризи європейських наук», в ситуацію байдужлості медицини до смислу *людського існування*, людської свободи та суб'єктивності.

В цьому контексті модель здоров'я особистості як життєсвіту, як цінності повсякденного досвіду та практик турботи особистості про індивідуальне здоров'я та біоетична модель здоров'я як автономного вільного вибору стратегій і практик збереження індивідуального здоров'я, як право громадян брати участь в обговоренні про і contra застосовуваних біомедичних технологій та медичних практик, принципів їхньої гуманності та біоетичності – не тільки не втрачає своєї актуальності в умовах суспільства глобальних ризиків, але й набуває особливого значення.

Запорука успіху у здоланні пандемії – це не кількість провакцинованих громадян, а кардинальна зміна ставлення до завдань і ролі медицини як постнекласичної науки в умовах глобальних ризиків і непередбачуваностей, критичний аналіз та перегляд її ефективності та дієвості з огляду на біоетичні цінності та принципи, цінності суб'єктивності та свободу вибору особистості, цінність здоров'я як життєсвіту людини.

---

---

## ЛІТЕРАТУРА

1. Кукса Т. Л. Биополитические решения и правозащитный активизм в период распространения Covid-2019 в России. *Медицинская антропология и биоэтика*, 2020, 1(19). URL: <http://doi.org/10.33876/2224-9680/2020-1-19/04>.
2. Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. Москва: Добросвет, 2000, С.243.
3. Талеб Н. Антихрупкость. Как извлечь выгоду из хаоса. М.: Азбука, КоЛибри, 2015. 678 с.
4. Слотердайк П. Критика цинічного розуму. К.: Тандем, 2002. 544 с.
5. Шевченко А. А., Соколов А. Д. Анатомия человека в истории медицинского знания. *Журнал анатомии и гистологии*. 2016. Т2, №2. С. 81-88.
6. Флек Л. Як постає та розвивається науковий факт. Вступ до вчення про мисленнєвий стиль і мисленнєвий колектив. Чернівці: Книги-XXI, 2019. 216 с.

7. Латур Б. Дайте мне лабораторию, и я переверну мир. *ЛОГОС*. 2002. 5-6 (35). С. 1-32.
8. Вартофский М. Модели. Репрезентация и научное понимание: Пер. с англ., М.: Прогресс», 1988. 508 с.
9. Illich I. *Limits to Medicine: Medical Nemesis, The Expropriation of Health*. London: Voyars, 1976.
10. Хабермас Ю. Будущее человеческой природы. На пути к либеральной евгенике? Москва: Изд-во «Весь Мир», 2002, С.15.
11. Хабермас Ю. Постметафізичне мислення. К.: Дух і Літера, 2011. 280 с.
12. Пустовит С.В., Березина В. В. От нормостатистической модели здоровья к фундаментальной жизненной ситуации пациента. Вклад Г. Г. Гадамера. *Практическая философия*. 2017, №2, С.79-91.
13. Киященко Л. П. Этнос постнеклассической науки. Этнос науки / ред. Л.П. Киященко, Е.З Мирская. М.: Academia, 2008. С.205-233.
14. Пустовит С. В. Глобальная биоэтика: становление теории и практики (философский анализ). Киев: Арктур, 2009, С.35-36.
15. Сабурова Л. А. Кризис либеральной модели здоровья как индивидуального ресурса и личного выбора в ситуации пандемии COVID-2019. *Медицинская антропология и биоэтика*, 2020, №2. URL: <http://doi.org/10.33876/2224-9680/2020-2-20/06>.



## МЕДИЧНА НАУКА І ПРАКТИКА В УМОВАХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ

Т. В. Гардашук

*Інститут філософії імені Г. С. Сковороди НАН України*

*м. Київ*

Запропонована розвідка є частиною дослідження, яке виконується у рамках наукового проєкту «Комунікативні трансформації у сучасній науці», і має на меті попередньо оцінити методологічний та евристичний потенціал концепту постнормальної науки (Post-Normal Science).

Упродовж останнього року на тлі пандемії COVID-19 медична тематика посіла одне із провідних місць у політичному, суспільному, економічному, науковому, психологічному та екзистенційному вимірах, а також у буденному житті мільйонів людей.

За умов, які, без перебільшення, змінили більш-менш усталений перебіг життя багатьох людей по всій планеті, не лише загострилися старі проблеми медицини та громадського здоров'я, але й виникла низка нових. На порядку денному під новим кутом зору постали питання про: роль і місце медицини в суспільстві; спроможність медичної системи; критерії оцінки якості медичних послуг та справедливий доступ до них; взаємозв'язок медичної практики і біомедичної науки; «чесноти» медицини в умовах ринкових відносин: медицина і бізнес, медицина як бізнес; медицина в умовах глобалізації і пандемії; медицина як складова національної та глобальної безпеки; відповідальність політичних еліт і влади; відповідальність медичної спільноти і персональна відповідальність лікаря; якість та мета медичної освіти; медичне волонтерство.

Серед важливих питань – **медицина в системі влади**: медицина виконує соціальну функцію і є безпосередньою і обов'язковою складовою будь-якої сучасної системи державного управління. Відповідно, медична система залежить від влади, від політичного устрою і є частиною державної влади. Актуалізувалися **владні функції медицини**: медична система (і лікарі, як представники цієї системи) наділена владою над людиною, її тілом та життям. Згідно з П. Слотердайком, лікар завжди сприймає себе «як такого, який має бути на боці життя», він «стає на бік живого тіла у його боротьбі проти трупа. Оскільки живе тіло є джерелом усієї влади, помічник тіла стає людиною влади» [2, 269].

Це далеко не повний перелік питань, які, з одного боку, є традиційними для аналізу медицини, з іншого, – з новою силою актуалізуються саме тепер і у той чи той спосіб дискутуються на різних майданчиках і в різних форматах. Стрижнем цих дискусій є визнання цінності людського життя.

Суспільству належить розв'язати чимало суперечностей, зокрема: яким чином співвідноситься мета збереження індивідуального життя та забезпечення його якості тут і тепер; якими є допустимі межі відкладання життя на потім; як досягти балансу між індивідуальними правами і свободами та колективною безпекою.

Очевидно, що в умовах, які склалися під час пандемії, суспільство орієнтоване не так на тривалі та розлогі теоретичні дискусії, як на швидкі, якісні та ефективні практичні рішення, спрямованні на подолання COVID-19, збереження людських життів і якості життя.

Проте досвід понад року боротьби з пандемією свідчить, що міжнародні міжурядові організації (напр., ВООЗ), національні та місцеві уряди, наукові й медичні спільноти вперше зіткнулися із ситуацією, коли досвід подолання попередніх епідемій чи пандемій не може бути безпосередньо перенесений на нинішню ситуацію, яка характеризується безпрецедентним *зростанням невизначеності* в усіх своїх аспектах, зокрема:

- збудник захворювання (принаймні, на початку поширення хвороби), діагностика, протоколи лікування;
- вибір стратегій і тактик подолання наслідків;
- передбачення ризиків для індивідуального і громадського здоров'я, економіки та інших сегментів суспільного життя у близькій і віддаленій перспективах з огляду на те, що рішення, прийнятні для одних сегментів, вступають у суперечність з «інтересами» інших;
- визначення рівня прийнятності певних ризиків;
- вибір способів комунікації з різними групами суспільства та визначення ступеня взаємодовіри.

Видається, що саме аналіз *невизначеності* набуває вагомого евристичного значення для глибшого розуміння поточної ситуації та можливих тенденцій її подальшого розгортання, якщо під невизначеністю розуміти умови, які викликають сумнів [1].

Не маючи можливості аналізувати всі аспекти невизначеності в рамках цієї розвідки, я спробую зосередитися на *невизначеності у співвідношенні між*

*сучасною медичною наукою та практикою*, спираючись на концепт постнормальної науки (*Post-Normal Science, PNS*), запроваджений у науковий обіг С. Фунтович та Дж. Равецем [7].

Дж. Равець оприлюднив дослідження трансформації у науці другої половини 20 ст. в книзі «Scientific knowledge and its social problems» (1995) [5]. А. Салтеллі та С. Фунтович розглядають науку, насамперед, як різновид соціальної діяльності [9], яка в якості норми орієнтується на модель нормальної, або парадигмальної, науки Т. Куна («Структура наукових революцій»). Упродовж останніх декад до концепту PNS звертаються дослідники в галузі філософії, методології та соціології науки, наукової політики та комунікації тощо. Зокрема, дослідженню евристичного потенціалу концепту постнормальної науки був присвячений окремий випуск журналу «Futures» (2017, № 4).

*Наука (а точніше комплекс наук)* є надзвичайно важливою, але аж ніяк не єдиною складовою медицини, яка також є мистецтвом діагностики, лікування, зцілення та попередження захворювань, зменшення болю, поліпшення та охорони здоров'я [6]. Проте в сучасній, доказовій медицині з наукою пов'язують спроможність задовольняти запити суспільства у сфері охорони здоров'я та подолання захворювань. Саме на науку покладається значна відповідальність у розв'язанні нагальних проблем, так само як і провина за неуспіх чи відсутність ефективних рішень.

Для означення наукової складової медицини або для репрезентації наукового базису медицини послуговуються терміном «*медична наука*» (або «*медичні науки*»). Вона охоплює багато об'єктів і напрямів дослідження та має на меті пояснити функціонування людського тіла, спираючись на біологічні дисципліни (анатомія, фізіологія, біохімія, мікробіологія, молекулярна біологія, генетика тощо) та вивчення комплексних змін у клітинах, тканинах, органах і організмі загалом, спричинених хворобою (патологія). Голістичний підхід також має брати до уваги психосоматичні аспекти (*mind-body connection*) та взаємодію організму з природним, техногенним і соціальним середовищем. Крім того, комплекс медичних наук взаємодіє з іншими науковими галузями і технологіями, утворюючи складне між- і трансдисциплінарне дослідницьке поле.

Досвід показує, що, незважаючи на значні сподівання на науку, успіх (чи неуспіх) практичного впровадження реальних досягнень медичних наук виходить за межі наукової сфери, він стосується сфери політики, економіки, права, комунікації, суспільної свідомості тощо.

Концепт PNS може прислужитися проясненню ролі науки в складному сучасному соціально-політичному контексті. Цей концепт був запропонований, насамперед, у зв'язку зі складністю розв'язання екологічних проблем, коли *наукові питання набули характеру науково-політичних* (наприклад, у дискусіях про кліматичні зміни), а думки і зусилля самого лише наукового середовища видалися недостатніми.

До проблем, розв'язання яких вкорінене в науці, але не обмежене самою лише наукою, належать біобезпека, поводження із відходами, використання ГМО та нанобіотехнологій, а також ціла низка (якщо не всі!) питання медицини. Відбувається зближення науки і політики, через що зростає ймовірність підвищення корупційних ризиків для самої науки та послаблення традиційних академічних чеснот, таких як служіння істині, науковий нонконформізм, незалежність наукової експертизи тощо. З метою їхнього попередження виникає потреба у *«розширеній спільноті експертів»* («extended peer community»). Така *«модель розширеної участі»* («model of extended participation»), в якій деліберация виходить за межі усталених наукових осередків із дисциплінарними ознаками, може включати не лише осіб із певною інституційною акредитацією, тобто вчених, а й усіх, охочих взяти участь у розв'язанні відповідних проблем [8]. На перший погляд може скластися враження, що такий підхід призводить до ослаблення авторитету науки та глибшого втягування її у світ політики, хоча насправді в багатьох випадках залучення здорового глузду і цінностей звичайних людей сприяє зменшенню корупційних ризиків для науки і підвищенню якості політичних рішень.

Дослідники звертають увагу на те, що з огляду на складний політичний і соціально-економічний контекст функціонування сучасної науки, підважуються уявлення про *раціональність і силу науки*. Вони називають їх міфами, перший – пов'язаний із переконанням, що політичні рішення ухвалюють на основі накопичення достатньої кількості фактів і відповідного зменшення, а то й повного усунення невизначеності. Проте «хмари невизначеності» залишаються, а то й згущуються, і посадовці, які приймають рішення, мають найкращим чином впоратися із невизначеностями або за допомогою фактів знизити їх до прийняттого рівня.

Ігнорування ж інформації знижує ефективність рішення. Водночас треба брати до уваги, що джерелом інформації є не лише наука. Цим і підважується міф про силу науки, яка може впливати на вибір політичного рішення через надання відповідної інформації.

Зважаючи на ці обставини, Д. Коллінґридж та К. Рів ставлять питання про вироблення такої моделі взаємодії науки і політики, яка «приспосовувала» би, з одного боку, політиків до сприйняття наукової інформації, а з іншого, – науку до подачі інформації у формі, прийнятної для політиків [4].

Сучасна наука потерпає від двох одночасних і взаємопов'язаних криз – внутрішньої і зовнішньої [9].

Перша пов'язана з труднощами в управлінні наукою та відтворюваністю її результатів, друга – зі втратою суспільної довіри до наукових доказів, науки і наукових інститутів.

Не в останню чергу це відбувається унаслідок зростання невизначеності. Якщо раніше науку пов'язували з неухильним прогресом у нарощуванні визначеності наших знань та можливості контролювати природний світ, то тепер, у час стрімких змін і запиту на ухвалення швидких рішень на глобальному рівні, наука розглядається як така, що має справу з багатьма невизначеностями. Перед науковцями постає задача управління цими критичними невизначеностями, що безпосередньо пов'язано із завданням забезпечення якості наукової інформації, на яку є запит у політики [7]. Ці чинники характеризують ситуацію, в якій опиняється наука, як постнормальну.

С. Фунтович та Дж. Равец виділяють чотири характерні риси PNS, які значною мірою відповідають ситуації, яка склалася в умовах поширення COVID-19:

1) **збільшення невизначеності** як у фактологічній базі, так і в очікуваних результатах. Зокрема, досі остаточно не встановлено джерело інфекції, причини і темпи мутацій її збудника тощо.

Чимало невизначеностей стосується ведення статистики захворювань, смертей і одужань. Якщо на початку пандемії невизначеність була пов'язана із протоколами лікування, то тепер акценти переносяться на масову вакцинацію: безпечність, ефективність вакцини проти відомих і нових варіацій вірусу. За нинішніх реалій значною мірою підважується правило, відоме як клінічне «лезо Оккама», згідно з яким «безліч причин і захворювань не передбачається без необхідності»;

2) **ціннісне навантаження**, коли сама система цінностей не є заздалегідь визначеною, а дискутується під час вирішення проблеми.

Безумовно, найбільшими цінностями є людське життя і гідність. Проте в реальності ці незаперечні цінності наражаються на низку невизначеностей на всіх етапах і в усіх аспектах медичної практики. Наприклад, поточна пандемія гостро актуалізувала проблему сортування пацієнтів (тріажу) та визначення

критеріїв першочергового надання допомоги за умов обмежених медичних ресурсів: хто має переваги на порятунок життя і на отримання медичної допомоги? За якими критеріями оцінюється життя конкретної людини? Які етичні та правові інструменти залучаються? Які втрати доведеться понести через відкладання допомоги пацієнтам з іншими діагнозами?<sup>1</sup>;

3) **високі ставки рішень**: ставка (ціна) кожного рішення надзвичайно висока, бо стосується насамперед порятунку людських життів. Також це стосується авторитету та репутації вчених і науки, медиків і медичної системи, влади та суспільних інститутів; ефективності використання фінансових ресурсів тощо;

4) **терміновість рішень**: рішення мають бути швидкими, а ризики мінімальними, хоча мобілізація ресурсів на досягнення швидких рішень одночасно збільшує ризики, пов'язані з їхнім упровадженням.

Хоча невизначеність виокремлюється в певну характеристику, очевидно що вона стосується практично всіх характеристик взаємодії науки і політики (науково-політичних проблем) в рамках концепту PNS. Тому слушно окремо зупинитися на понятті невизначеності. Ухвалення рішень не вичерпується «науковою невизначеністю», тобто неповнотою наукових даних, а постає в цілому як «ситуативна невизначеність», яка містить усі складові, пов'язані з інституційними та соціальними рамками, в яких ця особа чи група осіб діють.

Аліса Бенессія (Alice Benessia) та Бруна Де Марчі (Bruna De Marchi), аналізуючи наслідки неправильно організованої комунікації між науковцями, владою та громадою напередодні руйнівного землетрусу в італійському місті Л'Аквіла 6 квітня 2009 року і її правові наслідки для вчених, виділяють такі невизначеності, які мають місце під час надзвичайних ситуацій [3], а саме:

• **наукова невизначеність** стосується труднощів оцінки ризиків або передбачень, які мали би ґрунтуватися на надійних даних. Наприклад, незважаючи на те, що під час вивчення сейсмічних явищ велика увага надається моніторингу, збиранню та аналізу великого комплексу даних, досі неможливо (і чи можливо буде взагалі) передбачити час, місце і силу землетрусу. У такому разі наукова невизначеність є значною і вагомою. Тому потрібно обирати

---

<sup>1</sup> Ці питання, зокрема обговорювалися під час проведення Експертного круглого столу «Коли ресурсів охорони здоров'я не вистачає... Етичні та правові аспекти медичного сортування (тріажу)» 3 листопада 2020 р. за ініціативи Академії адвокатури України, НДІ медичного і фармацевтичного права та біоетики Академії адвокатури України, Українського відділення кафедри ЮНЕСКО з біоетики (м. Хайфа), Навчально-наукового центру медичного права Інституту права КНУ імені Тараса Шевченка <http://aau.edu.ua/ua/news/2839/>

правильну стратегію комунікації стосовно великої чи низької ймовірності стихійного лиха;

- **соціальна невизначеність** є наслідком обмеженої участі громадськості і установ у прийнятті рішень, а також браку поваги до політиків і державних установ. За звичайних умов думку науковців сприймають як більш-менш незалежну від політиків, але після того, як стається стихійне лихо з великими втратами, починають виникати сумніви щодо об'єктивності, політичної незалежності і підзвітності науковців;

- **інституційна невизначеність** стосується неадекватної, неналежної взаємодії, співпраці між інститутами та/або низького рівня взаємодовіри між ними. Це особливо помітно, коли низка органів на різних політичних і адміністративних рівнях мають юрисдикцію з одних і тих самих питань;

- **«пропрієтарна невизначеність» (proprietary uncertainty)** пов'язана з об'єктами інтелектуальної власності та правилами їхнього використання лише у спосіб та згідно з умовами, визначеними у відповідних дозволах. Виникають певні колізії між пропрієтарною власністю та правом знати, попереджати чи приховувати, а також оскаржувати запатентоване право власності. Часто-густо у випадку вкрай непередбачуваних явищ виявляється, що немає «власників впевненості» чи «власників визначеності» («proprietors of certainty»);

- **правова невизначеність** стосується можливості визначення майбутньої відповідальності за певні дії чи бездіяльність. Наукові експерти зазвичай розглядають свої висловлювання та заяви як такі, що не підлягають жодним оцінкам, крім наукових. На практиці «правова невизначеність» виявляється дуже помітною і суворо апостеріорною;

- **моральна невизначеність** стосується радше критеріїв персональної і колективної етики, ніж правових норм, і передбачає майбутню провину та осуд громади за дії чи бездіяльність.

Увесь цей комплекс невизначеностей значною мірою ускладнює функціонування наукової спільноти та наукових експертів, посилює їхній зв'язок зі владою і їхню залежність від влади. Наведена типологія невизначеностей має доволі широкий методологічний і евристичний потенціал і може бути застосована для аналізу різноманітних ситуацій, пов'язаних зі взаємодією науки, влади і громади, зокрема і до аналізу пандемії COVID-19.

Відсутність повної наукової інформації зумовлює правдоподібність, коли аргументи для обґрунтування не є остаточними. З позицій логіки, зазначає В. Навроцький, це не означає, що такі аргументи завжди є недостатніми для їхнього

подальшого передавання і формування переконання, яке стане підставою для подальшої дії. Достатність наявної інформації для обґрунтування відповідного переконання (і для передавання цього обґрунтування) є відносною і встановлюється через змагання аргументів і контраргументів. Під час змагання аргументів і контраргументів відбувається збільшення або зменшення ступенів обґрунтованості висновків [1].

Як бачимо, невизначеності мають місце не лише в наукових знаннях і нашому науковому розумінні, а й у функціонуванні всього соціального організму. Через це чимало людей, стикаючись із невизначеностями, готові приймати бажане за дійсне, замість того, щоб приймати важливі рішення.

Це повною мірою стосується ситуації із пандемією COVID-19. Тому варто розглядати всі наукові докази та аналізувати прийнятний рівень ризиків щодо невідомих.

На практиці ж, як зазначає Дж. Равец, більшість проблем мають більше однієї правдоподібної відповіді, а деякі взагалі не мають відповіді [8]. Тому, якщо ми не можемо передбачити якусь проблему через брак наукових інструментів, фактів тощо, то можна, принаймні, налагодити комунікацію із суспільством, роз'яснюючи людям ті чи ті невизначеності, а також намагатися усунути не лише наукові, а й інші невизначеності.

Реалії сьогодення спонукають науку до зміни настанов від «говорити правду владі» («speaking truth to power») до «свідомо працювати з владою у межах недоліків» («working deliberately within imperfections») і невизначеностей. Такий підхід, на думку дослідників, сприятиме демократизації експертизи та реалізації наукою її ролі щодо наукових рекомендацій та регулювання ризиків. Громадянам також треба навчитися критично й обережно ставитися до наукового авторитету, зважаючи на потужні інтереси і ставки великої та інтегрованої науки [9].

Зростання невизначеностей також вносить зміни і в концепцію медичної освіти, згідно з якою майбутні медики мають отримати не лише ґрунтовні наукові знання, які складають основу сучасної медицини, а й повинні бути адекватно підготовлені до того, щоб бути здатними справлятися із сумнівами та невизначеністю у своїй роботі та до розуміння клінічних обмежень доказової медицини.

Крім того, сучасна наука, насамперед, біологія, та увесь спектр сучасних практик піднімають цілий комплекс нових етичних і політичних питань, причому їхній перелік змінюється мало не щодня. Через це має зростати роль



філософії та етики у виявленні цих проблем, способів рефлексії над ними та вироблені практичних рішень [10].

**Висновок:**

Невизначеність (невизначеності) – складне явище, яке впливає на функціонування науки: (1) як інституту, спрямованого на отримання нових знань, з яким суспільство пов'язує значні надії та очікування, і (2) як форми суспільної діяльності, яка здійснюється у взаємодії з іншими суспільними інститутами і політикою. Ускладнення такої взаємодії виявляється у формі науково-політичних питань і підвищує ризики довіри до науки.

Проведена розвідка дає змогу припускати плідність застосування концепту постнормальної науки (PNS) для аналізу складного комплексу сучасних науково-політичних питань включно із питанням взаємодії медичної науки та практики в умовах пандемії COVID-19 та зважаючи на складний соціально-політичний контекст.

---

---

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Навроцький В. Обґрунтування за умов невизначеності. *Філософська думка*, 2020, 6.
2. Слотердаjk П. Критика цинічного розуму. К.: Тандем, 2002.
3. Benessia A., De Marchi B. When the earth shakes... and science with it. The management and communication of uncertainty in the L'Aquila earthquake. *Futures*, 2017. 91.
4. Collingridge D., Reeve C. Science speaks to power: The role of experts in policy making. London: Frances Pinter, 1986.
5. Funtowicz S. Scientific Knowledge and Its Social Problems. Oxford: Clarendon Press. 1995.
6. Nanomedicine, Volume I: Basic Capabilities. URL: <http://www.nanomedicine.com/NMI/1.2.2.htm#>
7. Post-normal science. URL: <http://www.ejolt.org/2013/02/post-normal-science/>
8. Ravetz J.R. What is Post-Normal Science. *Futures*, 1999, 31.
9. Saltelli A., Funtowicz S. What is science's crisis really about? *Futures*, 2017. 91.
10. Weatherall D.J. Philosophy for Medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2004. 97(8).

**МИССИЯ ФИЛОСОФИИ НАУКИ:  
ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ НАУЧНОЙ ТЕОРИИ  
ИЛИ ПОИСК ЕЕ ФИЛОСОФСКИХ ОСНОВАНИЙ?**

**В. І. Кузнецов**

*Институт философии им. Г. С. Сковороды НАНУ, НаУКМА  
г. Киев*

**Анатомия физических теорий – ключ к анатомии научных теорий**

Прогресс физики невозможен без практического использования физических теорий не только как упорядоченных хранилищ достоверного и проверенного знания об их предметных областях, но и как таких инструментов его приращения, которые постоянно совершенствуются физиками и математиками.

В этом смысле метазнание о физических теориях, возможно, будет не без пользы для медиков, разрабатывающих медицинские теории и для философов, анализирующих понятие медицинских теорий и их значение для медицинской практики.

Замечу, что предложенные философами ответы на вопросы о том, что такое физические теории и как они устроены, не устраивают самих физиков, несмотря на то, что термин «теория» является одним из наиболее употребляемых в их лексиконе. В физических энциклопедиях отсутствуют посвященные понятию физической теории статьи и тем более ссылки на результаты его анализа современными философами.

Автор будет признателен за указание авторитетного справочного источника по физике, содержащего такие статьи и ссылки. Возможная причина их отсутствия заключается в том, что многие дискуссии в философии науки посвящены либо взаимной критике авторами одних реконструкций теорий авторов «чужих» реконструкций, либо же претенциозным и непрофессиональным попыткам философов предложить решение проблем, в основном онтологического/метафизического характера, которые не решены самими физиками.

Парадоксальным итогом этих многолетних философских дискурсов о теориях является недавно вышедшая книга многолетнего ответственного редактора одного из ведущих журналов по философии науки: *The British Journal for*

*the Philosophy of Science* С. Френча, выдвинувшего тезис, что научных теорий вообще не существует [2].

### **Значение теорий для современной науки**

В известной автору литературе по философии науки и ее истории наиболее кратко и по сути высказался о значении теорий для современной науки М. Бунге (1918-2020): «Особенностью науки 20-го века (и, конечно, последующих столетий – *ВК*) является то, что наиболее важная научная деятельность – самая глубокая и плодотворная – сосредоточена вокруг теорий, а не вокруг случайных вопросов, данных, классификаций или отдельных предположений. Формулируются проблемы и собираются данные в свете теорий с надеждой на выдвижение новых гипотез, которые, в свою очередь, могут быть расширены или синтезированы в теории; наблюдения, измерения и эксперименты выполняются не только для сбора информации и генерирования гипотез, но также для проверки теорий и поиска их области истинности; а сама научная деятельность в той мере, в какой она является целенаправленной, все больше и больше полагается на теории – к лучшему или к худшему. Короче говоря, упор на систему – имеется в виду на эмпирически проверяемую теорию, – а не на чистый опыт – вот что характеризует современную науку»[3].

### **О месте философского анализа научных теорий в философии науки**

После такого панегирика в честь научных теорий процитирую также точку зрения Ф. Саппе (1940) на важность изучения теорий для конституирования философии науки как особой философской науки: «Утверждение, что философия науки есть не что иное как анализ теорий и их роли в научной деятельности, является лишь незначительным преувеличением.

Таким образом, краеугольным камнем философии науки является анализ структуры теорий; и, если он окажется неадекватным, его неадекватность, вероятно, распространится на описание остальной части научной деятельности и создаваемого ею знания. По крайней мере, это потребует переоценки всего предыдущего понимания научных знаний»[4]. Правда, следует отметить, что через 40 лет после этого тезиса он отдал приоритет в развитии науки не теориям, а моделям. «Ни на секунду не верьте! (процитированному выше утверждению – *ВК*).

Сегодня большая часть науки, как и тогда, является атеоретической. ...Задача экспериментальной и наблюдательной науки – все больше и больше моделировать данные, так как наука становится требовательной к вычислениям. Сегодня модели – это главный инструмент (получения – *ВК*) научных знаний»[5].

Признавая право исследователя изменять научные взгляды под натиском неопровержимых фактов, и ни в коем случае не желая выглядеть ретроградом, остаюсь тем не менее сторонником его первоначальной позиции.

### **Полисистемные реконструкции научных теорий**

В настоящее время предложено много метамоделей или реконструкций научных теорий, что делает проблему их выбора одной из основных метапроблем современной философии науки. Эти метамоделю отражают объективную сложность формообразований научного знания и познания, которые называются теориями[6]. В дальнейшем буду опираться на модифицированную структурно-номинативную реконструкцию научных теорий (МСНР)[7].

Первая часть ее названия указывает на то, что изучаются структуры (компоненты) теорий, а вторая часть связана с тем, что структуры анализируются как обладающие разнообразными названиями (лат. *nomine*). Формальная и содержательная версии теории именованных множеств[8] предоставляют формальный и содержательный аппарат для такого анализа[9].

Синтезируя и развивая реконструкции, которые признают системность теорий, структурно-номинативная реконструкция[10] делает акцент на их полисистемность. Ее первоначальный вариант:

- 1) моделирует реальные научные теории в качестве полисистем;
- 2) распределяет различные формы научного знания (языки, модели, проблемы, операции, оценки и т.д.) между пятью неоднородными подсистемами;
- 3) раскрывает многообразные и малоисследованные связи между этими формами;
- 4) способствует холистическому пониманию теории, в пределах которого ее взаимосвязанные подсистемы и их компоненты находят свое естественное место.

По сравнению с этим вариантом МСНР:

- 1) выделяет в научной теории шестнадцать однородных подсистем;
- 2) устанавливает, что каждая из них содержит подсистемы более низких уровней;
- 3) описывает скоординированные преобразования как подсистем, так и их компонентов;
- 4) открывает перспективы последовательного изучения развития теории путем изменения ее структур;
- 5) в той мере, в какой наука рассматривается как институт по производству нового знания, структурно-номинативные представления о научной теории могут быть использованы в других метанауках о науке[11].

### **Абстрактные *versus* практические теории**

В большинстве реконструкций считается, что теории существуют изолированно как своего рода самодостаточные робинзоны мира научного знания и познания. Для такого подхода характерно также, что предметом анализа становятся представления не о том, какими есть теории в реальной научной деятельности, а о том, какими должны быть неизменные и в этом смысле совершенные абстрактные теории. Поэтому обратимся к теоретической физике, которая демонстрирует взаимозависимость, изменяемость и полисистемность физических теорий.

При употреблении термина «теория» без прилагательного «физическая» предполагается, что выдвигаемые в статье утверждения о физических теориях справедливы и в отношении других естественнонаучных и математических теорий. Фальсифицировать эти утверждения можно, обратившись к какой-либо конкретной науке и приведя пример одной из ее теорий, в которой отсутствуют описываемые ниже компоненты / универсалии теории.

Теоретическая физика [12] является областью творческого продуктивного мышления (теоретизирования), понимаемого как получение его носителями, то есть учеными-теоретиками, нового знания об изучаемых реалиях. В ходе выдвижения и проверки гипотетических знаний теоретики не только применяют и совершенствуют имеющиеся практические теории. Они также конструируют новые полезные теории.

Под *практическими* теориями подразумеваются теории, для которых теоретическая физика является естественной средой/экологической нишей для их возникновения, развития и применения.

Иначе говоря, это теории в том воплощении, в котором они функционируют в практической познавательной деятельности физиков-теоретиков по получению нового знания и в профессиональном образовании будущих физиков.

В поисках решения нерешенных проблем ни один ученый не прибегает к аксиоматическим или логическим реконструкциям абстрактных теорий, в изобилии предлагаемых современной философией науки.

Заметим, что и студенты изучают любую теорию не как полностью самодостаточную систему, возникшую исключительно на базе новых экспериментальных фактов, а как неотъемлемую часть теоретической физики, которая не была бы создана без других уже существовавших теорий.

Даже первая физическая теория – классическая механика – опиралась на отрывочные фрагменты знаний, которые в последующем оказались ее составными частями (галилеевский принцип инерции, кеплеровские законы движения планет, гуковский закон колебания пружинного маятника).

Квантовую теорию невозможно было разработать без классических механики, электродинамики и термодинамики. Ее усвоение также базируется на достаточно солидных знаниях как этих теорий, так и различных математических теорий [13]. Реальные процессы изучения естественных и даже математических наук таковы, что ни один студент не осваивает классическую и квантовую механику, генетические и химические теории, теории чисел и версии математического анализа в их формальном изложении как *абстрактные* теории, построенные согласно некоторым философским предубеждениям.

Практическая теория любого охвата ее предметной области (от теорий определенного класса явлений вроде теорий сверхпроводимости до теорий с предельно большой областью применения типа квантовой теории) наряду с решенными с ее помощью задачами встречается со множеством нерешенных проблем.

Ученые, использующие апробированную теорию, постоянно сталкиваются с моментами ее несовершенства, с потребностями выяснить границы ее применения и (естественные или искусственные) причины их существования. *Абстрактная* теория напротив осознается как завершенное творение творческого человеческого разума, как идеал и конечная цель познавательной деятельности вроде платоновских вечных и неизменных эйдосов.

В то время как абстрактные теории существуют преимущественно в философских работах, сферой текстового существования практических теорий являются их многочисленные и разнообразные изложения в учебниках, монографиях, научных статьях и материалах конференций.

Как признак развития конкретной науки ежегодно появляется много различных «бумажных» представлений почти любой ее теории. Их авторы привлекают читателя заявлениями о простоте, современности, оригинальности и перспективности своих вариантов теории, а также включением в них последних научных достижений. Это означает, что практические теории и, следовательно, теоретическая физика находятся в состоянии постоянного изменения. В результате этих модификаций новые поколения ученых профессионализируются на основе не только устоявшихся идей и принципов, но и недавно полученных теоретических прорывов.

## **Компоненты модифицированной структурно-номинативной реконструкции научных теорий**

Опишем в общих чертах подсистемы (ПС) практической теории.

Каждая практическая теория имеет конкретную *область применения*. В любой момент истории теории ее *онтическая* ПС включает понятия о предположительно существующих реалиях из этой области и понятия об их атрибутах (свойствах, отношениях, состояниях и процессах).

Картина этой области постоянно меняется, что индуцирует изменение многих компонентов теории. Например, предметная область теории элементарных частиц меняется каждый раз с открытием новых частиц и их новых атрибутов, поэтому одним из пусковых механизмов ее развития является построение оригинальных моделей элементарных частиц как ее новых компонентов.

В каждой ПС выделяются *основные* и *вспомогательные* компоненты. Название ПС совпадает с названием основных для нее компонентов. Вспомогательные компоненты используются как своего рода материал для построения основных компонентов.

Например, проблемы как основные компоненты *проблемной* ПС формулируются с помощью таких вспомогательных для нее компонентов как *языки, модели, операции* (действия по решению проблем), *процедуры* (правила выполнения операций) и т.п.

### *Назывная ПС*

Размышляя о реалиях предметной области и их атрибутах, теоретики используют не только их разные имена (метки, обозначения, термины, символы, диаграммы, схемы, таблицы и т.п.), но и имена внутренних компонентов теории: имена моделей, имена проблем, имена операций и т.п.

### *Модельная ПС*

Модели – это основные компоненты модельной подсистемы. Их разные типы фиксируют в соответствующих формах связь выбранных атрибутов моделируемых реалий.

В первом приближении выделяются вербальные / репрезентативные, эмпирически информативные и математические модели, которые объединяются в подсистемы *модельной* ПС.

Именно через модели как компоненты теории ученые, использующие теорию, не только «видят» реалии и их атрибуты из ее предметной области, но и формулируют в терминах моделей задачи и проблемы ее изучения.

### *Языковая ПС*

Вопреки мифу об одном языке науки каждая ПС теории содержит сеть специальных языков, описывающих ее основные и вспомогательные компоненты. Некоторые из этих языков являются неформальными, остальные – полужформальными и формальными (математическими).

### *Номическая ПС*

Эта ПС содержит формулировки законов, аксиом и постулатов, репрезентирующих в теории закономерности реальных из ее области, а также принципы организации и изменения самой теории.

### *Концепции остальных ПС*

В духе приведенных выше неформальных описаний читателю не составит особого труда содержательно представить состав и функции остальных ПС: *упорядочивающей* (дедуктивные, индуктивные, абдуктивные, классификационные и другие выводы как средства упорядочивания ПС); *проблемной* (проблемы, вопросы и задачи, формулируемые и решаемые теорией); *операционной* (операции с компонентами теории: их создание, трансформации и применения; реализация компьютерных программ); *процедурной* (алгоритмические и неалгоритмические процедуры как правила выполнения отдельных операций и компьютерных программ как системы таких операций); *оценочной* (оценки компонентов теории); *гипотетической* (правдоподобные предположения теории); *эвристической* (полезные, но недостаточно обоснованные соображения); *аппроксимационной* (приближения, используемые компонентами) и *объединяющей* (связи как между ПС, так и между их внутренними компонентами).

### **Есть ли место для философских оснований в составе научной теории?**

В мировой науке и философии науки существуют разные толкования «философских оснований науки». Рассмотрим их трактовку ведущим российско-белорусским философом науки В. Степиным (1934-2018), которую разделяют почти все российские и многие украинские философы науки.

Подчеркнем, что в советский период значительные усилия практически всех философов, в том числе и автора этой статьи и его коллег [14], направлялись на выяснение роли и значения категорий материалистической диалектики для современной науки.

Речь шла о конкретизации, обогащении и развитии наукой категорий материи, пространства, времени, движения, причинности, взаимодействия и др. в виде концептуальных структур типа: уровней и форм дифференциации



материи и отвечающих им форм движения; родов причинности и взаимодействия; пространственно-временных связей; единства материи и пространства-времени; общего, особенного и единичного и т. д.

С этой точки зрения несомненное новаторство Степина заключается в добавлении к этому категориальному репертуару социокультурных факторов и категорий. К сожалению, эти инновационные для осмысления науки ингредиенты являются очень общими и недостаточно определенными. Без надлежащей детализации и скрупулезной конкретизации механизма их влияния на науку и ее философию, их многократные упоминания выглядят как индуистские мантры, в силу и значение которых верят только их произносящие. Возможно, что автору статьи просто не известны такие развернутые и историко-научно подтвержденные уточнения[15].

Собственно говоря, Степин предложил своеобразное «натягивание» науки на каркас философских и социокультурных категорий и интерпретацию этого каркаса в качестве философских оснований науки, то есть как ее особого компонента. «Разумеется, сами по себе эвристический и прогностический потенциалы философии не снимают проблемы практического применения в науке ее идей. Такое применение предполагает особый тип исследований, в рамках которых выработанные философией категориальные структуры адаптируются к проблемам науки. Этот процесс связан с особой конкретизацией категорий, с их трансформацией в идеи и принципы научной картины мира и в методологические принципы, выражающие идеалы и нормы той или иной науки. Указанный тип исследований составляет суть философско-методологического анализа науки. Именно здесь осуществляется своеобразная выборка из категориальных структур, полученных при разработке и решении мировоззренческой проблематики, *тех идей, принципов и категорий, которые превращаются в философские основания соответствующей конкретной науки (основания физики, биологии и т.д.)*. (Здесь и далее курсив мой – ВК). В результате при решении кардинальных научных проблем содержание философских категорий весьма часто обретает новые оттенки, которые затем выявляются вторичной философской рефлексией и служат *основанием* для нового обогащения категориального аппарата философии.

Выявление компонентов *оснований науки* и их связей позволяет перейти от простой констатации влияния социокультурных факторов на развитие науки к конкретному анализу того, как эти факторы интегрируются в ткань научного исследования. *Основания* являются именно тем слоем в системной динамике

знания, который, с одной стороны, непосредственно связан с конкретными теориями и фактами каждой дисциплины, а с другой – определен мировоззренческими установками и другими социокультурными факторами, опосредуя их влияние на специальные процедуры эмпирического и теоретического исследования»[16].

Учитывая множество конкретных наук и трактовок терминов «философия», «культура» и «категория», не удивительно, что предложенное В. Степиным понимание философских оснований науки сотворило обширное поле деятельности для постсоветских философов. Однако проведенные ими многолетние поиски таких философских оснований науки оказались не более успешными, чем поиски мифического меча короля Артура. Как показано выше, нет для них естественного места и в той части современной науки, которая представлена научными теориями с их многочисленными компонентами и подсистемами.

Вариант понимания Степиным философских оснований науки с незначительными вариациями вкладывается в видение глобальной философии науки ведущими российскими философами, которые позиционируют себя в качестве экспертов по философии науки. Оно представлено в материалах круглого стола «Философия науки: проблемы и перспективы» журнала «Вопросы философии»[17].

### **Глобальная и локальные философии науки**

Чтобы не быть обвиненным в искажении этого видения, приведем содержательные определения философии науки в постсоветских энциклопедических источниках. Общим для всех этих определений является аксиома, что философия науки исследует все аспекты науки. Именно это предположение позволяет обозначать в качестве глобальной вытекающую из него философию науки.

Согласно И. Касавину и Б. Пружинину, философия науки – это «философское направление, которое избирает своей основной проблематикой науку как эпистемологический и социокультурный феномен; специальная философская дисциплина, предметом которой является наука (курсив – ВК)»[18]. С ними солидарен и известный украинский исследователь В. Лукьянец: «Философия науки – область философии, исследующая феномен науки в историческом развертывании всех его социокультурных измерений»[19].

Упомянутые российские авторы предложили в другой энциклопедии более детализированное определение глобальной философии науки. Это «специальная философская дисциплина, предметом которой является структура и развитие научного знания. Исторически – также философское направление, которое

избирает своей основной проблематикой науку как эпистемологический и социокультурный феномен. Философия науки выявляет используемые в научной практике средства и способы научного исследования (процедуры наблюдения, типы объяснения и предвидения, онтологические основания, социокультурные предпосылки и т. д.) и пытается оценить их когнитивные возможности (системность, непротиворечивость, эвристичность и т. д.) с точки зрения формальной логики, исторического опыта научного познания, ценностных ориентации и соответствия эпистемологическому идеалу в целом. Такое употребление термина Ф. н. является господствующим в отечественной философской литературе и соответствует основной из существующих ныне в западной философии традиций употребления терминов «philosophy of science», «philosophie des sciences», «Wissenschaftstheorie»[20].

Эти уточнения были оперативно учтены ведущими украинскими философами науки И. Добронравовой и В. Мельником. Они предложили определение философии науки как области «философского знания, предметом которой является установление общих закономерностей и тенденций развития научного познания как специфической деятельности освоения мира, структуры и динамики развития науки в историческом и социокультурном дискурсе.

Процесс становления и развития философии науки демонстрирует ее тесную связь с конкретно-научными исследованиями, обнаруживает онтологические предпосылки и философские основы науки, идеалы и нормы познавательной деятельности с точки зрения их гносеологических возможностей и эвристического потенциала, социокультурную обусловленность научно-познавательной деятельности. На рубеже теоретико-методологической проблематики философии науки сформировался широкий, постоянно расширяющийся пласт исследования онтологического содержания, а именно: философские проблемы естественных и общественных наук (философия физики, химии, математики, биологии, истории, права, экономики и т. д.) [21].

Подводным камнем глобальной философии науки, незамеченным ее творцами, приверженцами и «девелоперами», является предположение о ее монопольном положении «на рынке исследований науки». Однако науку изучают и другие метанауки: науковедение, история науки, историография науки, аксиология науки, социология науки, психология науки, лингвистика науки, экономика науки, этика науки, наукометрия, наука управления наукою, педагогика и дидактика науки, культурология науки, прагматика науки, прогностика науки, риторика науки т. п. Поэтому естественно возникает вопрос о демаркации

предметных областей этих метанаук и специфике решаемых ими задач, а не о набившей оскомину проблеме демаркации науки и псевдонауки.

Если же не различать аспекты науки, которые анализируют метанауки и которые отражены в их названиях, то все они предстают как исследующие науку в общем и в целом, что оправдывает их включение в глобальную философию науки. Такое видение метанаук аналогично известной ситуации невозможности распознавания цвета кошек в темной комнате. Если все же учитывать предметную дифференциацию метанаук и считать, что все они проходят по разряду философии науки, то их можно трактовать как специфические локальные философии науки.

В любом случае, как и сама наука, эти метанауки, кроме особых познавательных целей изучения своих предметных областей – разных аспектов науки как социального института генерирования знания – имеют и безусловное практическое значение. Для метанаук оно заключается в том, что результаты исследования ими разных аспектов науки могут способствовать созданию системы благоприятных (ценностных, организационных, психологических, социальных, образовательных, финансовых и пр.) условий для производства главного продукта науки – нового научного знания. Но для эффективного и согласованного функционирования многочисленных «заводов и цехов» этого производства желательно иметь достаточно адекватные представления (метазнания) о знании как о продукте, который производит наука и только наука. Поэтому центральной метанаукой является именно локальная философия науки как изучающая факторы, формы и средства производства научного знания *per se*. Такую локальную метанауку позволительно назвать *гнозисной философией науки* (от греч. γνῶσις – «знание») [22].

Ее реализация предполагает экспликацию строения, свойств, функций, взаимоотношений и закономерностей практических научных теорий как полисистемных и постоянно совершенствующихся инструментов получения нового знания [23].

Гнозисная философия науки открывает перспективы обоснованного историей и практикой современной науки анализа: статических и динамических закономерностей научных теорий; вариантов и этапов их становления; специфики видов их экспериментальных проверок; многоуровневой сети теорий с мало изученными интертеоретическими отношениями и т. д.

Полученные ею результаты вооружают остальные метанауки развернутыми представлениями о научном знании и механизмах его продуцирования, что

ставит их на прочный философско-научный базис. Более того, отсутствуют причины, за исключением во многом оправданных предубеждений в отношении философии вообще и философии науки в частности, по которым эти результаты были бы не интересны представителям конкретных наук, особенно наук, находящихся в стадии становления и роста.

### **Некоторые выводы**

Медицина является сложнейшей социальной и индивидуально-коллективной сферой деятельности по устранению вредоносных отклонений в нормальном функционировании человека как наиболее сложной во Вселенной реалии. Ее практическая часть включает конкретные (политические, организационные, технологические, медикаментозные, хирургические, этические, экологические, профилактические, реабилитационные и пр.) мероприятия по излечению больных.

Некоторые из них подтверждены многовековым практическим опытом, другие имеют научное (социальное, эволюционное, психологическое, биологическое, химическое, физическое и пр.) обоснование. То, что называют теоретической медициной, по мнению автора, содержит попытки как эмпирического обобщения позитивных и негативных результатов медицинских действий, так и их систематического научного обоснования. Последнее обязательно ведет к выдвижению, апробации и развитию медицинских теорий. Важно отметить, что речь идет именно о множестве взаимосвязанных теорий, а не об одной медицинской теории. Представляется, что на современном уровне развития медицины речь может идти лишь о теориях с достаточно ограниченными областями применения, которыми являются те или иные стороны человеческого организма и его нормального или аномального функционирования.

Эти теории можно классифицировать на основе разных критериев (начиная от выделения органов в качестве предметных областей до причин генетической предрасположенности к некоторым заболеваниям). Однако, чтобы они претендовали на статус научных теорий, желательно, чтобы их авторы четко эмпирически и концептуально выделяли области их применения и конкретизировали все компоненты полисистемного арсенала практических теорий.

Движением в этом направлении является становление доказательной медицины, которая открывает возможности эмпирической проверки утверждений и предсказаний локальных медицинских теорий. По-видимому, задача построения одной общей медицинской теории вряд ли может быть решена в ближайшее время даже при активном участии философов, работающих в рамках глобальной философии науки. Кстати, не создана одна всеобщая теория и в физике. В ее

теоретической части существует и развивается сеть фундаментальных теорий, на основе которых строятся и развиваются частные теории отдельных физических реалий, феноменов и процессов (от теории субэлементарных частиц до космологических теорий).

---

---

## ЛІТЕРАТУРА

1. Кузнецов В. От штудирования теоретической физики к философскому моделированию научных понятий и теорий: под влиянием Павла Копнина и его школы. К.: Пере-пост, 2018, 4. URL: [http://philosophy-multidimensionality.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=291](http://philosophy-multidimensionality.com/index.php?option=com_content&view=article&id=291)
2. French S. *There Are No Such Things as Theories*. Oxford University Press, Oxford, 2020.
3. Bunge M. *Philosophy of Science. From Problem to Theory. Revised, Vol. 1*. Routledge Transaction, London and New York, 1967, 2017. P. 251.
4. Suppe F. *The search for philosophical understanding of scientific theories. The Structure of Scientific Theories/Ed. by F. Suppe*. Urbana: University of Illinois Press, 1977. P. 3.
5. Suppe F. *Understanding scientific theories. An assessment of developments, 1969-1998. Philosophy of Science. Supplement. 2000. Proceedings of the 1998 Biennial Meetings of the Philosophy of Science Association. Part II: Symposia Papers*, 67, P. 109.
6. Кроме работы Suppe *The search ...*, см. обзорную статью Winther R. *The structure of scientific theories/Ed by Zalta E. Stanford Encyclopedia of Philosophy*, 2020. URL: <https://plato.stanford.edu/entries/structure-scientific-theories/> .
7. Kuznetsov V. *Modified structure-nominative reconstruction of practical physical theories as a frame for the philosophy of physics. Епістемологічні дослідження в філософії, соціальних і політичних науках*, 2021, 4, 1: P. 20-28. URL: <https://visnukpfs.dp.ua/index.php/PFS/index>.
8. Burgin M. *The Theory of Named Sets*. New York: Nova Science Publishers, 2011.
9. Бургин М., Кузнецов В. *Номологические структуры научных теорий*. К.: Наукова думка, 1993; Бургин М., Кузнецов В. *Аксиологические аспекты научных теорий*. К.: Наукова думка, 1994; Бургин М., Кузнецов В. *Введение в современную точную методологию науки. Структуры систем знания*. М.: Аспект Пресс, 1994; Burgin M., Kuznetsov V. *Scientific problems and questions from a logical point of view. Synthese*, 1994, 100 (1), 1-28. URL: <http://filosof.academia.edu/VladKuznetsov>.

10. Бургин М., Кузнецов В. Структурно-номинативное направление методологии науки (1984–1991). Методологические концепции и школы в СССР (1951–1991). Том 2. / Под ред. Ладенко И., Новосибирск: Институт философии и права СО РАН, 1994. С. 111-130.

11. Kuznetsov V. Is the philosophy of science a science? From a view of the Ukrainian philosopher of science. *Philosophical Dialogs*, 2018, 17-18, 162-183; Gabovich A. Kuznetsov V. Towards periodizations of science in the history of science/ Ed.by Seroglou F., Koulountzos V. *Proceedings of 15th International Conference «History, Philosophy, and Science Teaching», Re-Introducing Science: Sculpting the Image of Science for Education and Media in Its Historical and Philosophical Background*. Thessaloniki, Greece, July 15th- July 19th, 2019. P. 585-594.

12. Габович О., Кузнецов В. Теоретична фізика. *Велика Українська енциклопедія*. URL: <https://vue.gov.ua/>

13. Историко-научные, физические и методологические аргументы в пользу положения о необходимой и существенной связи квантовой теории и классической механики см. Duncan A., Janssen M. *Constructing Quantum Mechanics. Volume one. The Scaffold 1900-1923*. New York: Oxford University Press, 2019.

14. Крымский С., Кузнецов В. Мировоззренческие категории в современном естествознании. К.: Наукова думка, 1983; Шинкарук В., Кузнецов В. О мировоззренческих основаниях математического отражения действительности. Гносеологический анализ математизации науки. К.: Наукова думка, 1985. С. 4-13; Кузнецов В. Проблема универсалий в физическом познании. К.: Наукова думка, 1987; Кузнецов В. Тридцять п'ять років по тому. До нового прочитання статті про засади єдності філософії та математики. В сб.: Читання пам'яті Івана Бойченка – 2020 «Людина. Історія. Категорії» (23-го жовтня 2020 р.). К.: Знання України, 2020; С. 3-8. URL: <http://philosophy.univ.kiev.ua/ua/article/299>.

15. Кузнецов В. Технології філософської праці у доцифровому та цифровому еонах. Всеукраїнський «круглий стіл»: Трансформація мови комунікацій у мережевому суспільстві. II Міжнародний симпозиум «Гуманітарний дискурс мультикультурного світу: наука, освіта, комунікація» 26 березня 2019 року, К.: Національний авіаційний університет; Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, кафедра філософії, біоетики та історії медицини; Інститут науково-технічного потенціалу та історії науки ім. Г. М. Доброва НАН України; Центральноукраїнський державний педагогічний університет ім. В. Винниченка, кафедра філософії та політології, К., 2019. С. 44-48.

16. Степин В. Основания науки и их социокультурная размерность. Научные и вненаучные формы мышления. Симпозиум. Москва, 4-9 апреля 1995 г. М.: Киль, 1996. С. 25.

17. Философия науки: проблемы и перспективы (материалы круглого стола). Участвовали: В.А. Лекторский, И.Т. Касавин, Б.И. Пружинин, М.А. Розов,

В. П. Филатов, А. П. Огурцов, В. И. Аршинов, В. Л. Рабинович, С. А. Лебедев, В. Н. Порус, Е. А. Мамчур, Л. А. Микешина. Наши интервью. Философия науки: проблемы исследования и преподавания. Беседа главного редактора журнала «Вопросы философии» академика В. А. Лекторского с академиком В. С. Степным. *Вопросы философии*, 2006, 10. С. 3-54.

18. Касавин И., Пружинин Б. Философия науки. В кн. *Новая философская энциклопедия* в 4 т. Т.4. М.: Мысль, 2010. С. 218.

19. Лук'янець В. Філософія науки. *Енциклопедичний філософський словник*. К.: Абрис, , 2003. С. 689-690.

20. Касавин И., Пружинин Б. Философия науки. *Энциклопедия эпистемологии и философии науки*. М.: Канон+ РООИ «Реабилитация», 2009. С. 1061.

21. Добронравова І., Мельник В. Науки філософія. Енциклопедія сучасної України. URL: [http://esu.com.ua/search\\_articles.php?id=70607](http://esu.com.ua/search_articles.php?id=70607).

22. Следует подчеркнуть, что с термином «гнозисный» ассоциируется совершенно иное значение, чем исторически закреплено за разными значениями однокоренного с ним термина «гностический» URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/Gnosis>.

23. Кузнецов В. Трансформації наукових теорій як умова та чинник розвитку науки. В зб. *Філософські діалоги'2018*. Бути людиною (пам'яті Мирослава Поповича). (Інститут філософії НАН України ім. Г.С. Сковороди, Київ, 2018). С. 30-48. URL: [https://www.filosof.com.ua/Filos\\_dialogy/Vyp\\_15\\_16.pdf](https://www.filosof.com.ua/Filos_dialogy/Vyp_15_16.pdf).



## **II. БІОЕТИЧНІ ВИМІРИ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ЕПОХУ ПАНДЕМІЇ**

### **ЕТИКА, БІОЕТИКА, МЕДИЦИНА ТА ПОЛІТИКА В ЕПОХУ ПАНДЕМІЇ**

**Н. М. Бойченко**

*Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика  
м. Київ*

Розмірковуючи про функціонування системи охорони здоров'я, підґрунтям якої є цінності, все частіше помічаємо утилітаристський контекст, який інтерпретує цінності в основі цієї системи з економічної точки зору: як ліки, здатні принести найбільшу користь за заданих витрат. Однак, слід зазначити, що аксіологія трактує цінності далеко не завжди на кшталт Адама Сміта. Їх можна тлумачити й в дусі прагматизму (наприклад, у роботах Джона Дьюї), в аристотелівському значенні (як деякі чесноти) та кантіанському значенні [7]. У функціонуванні соціальних систем цінності розглядаються часто, виходячи з історичного, соціокультурного та особистісного контекстів. В основі принципів сучасної системи охорони здоров'я ключовими є цінності, які концептуалізують справедливість і відповідають традиціям культури, релігійним переконанням тощо.

Культурна та релігійна різноманітність у глобалізованому світі веде до формування різноманітних ціннісних ієрархій та пріоритетів у тому чи тому суспільстві. На цьому тлі стає зрозуміло, що іноді суперечки та дилеми (біоетична складова системи охорони здоров'я) виникають через відмінності у способах вираження цінностей у культурах, особливо в плюралістичних суспільствах.

Раніше ми зазначали, що: «Етична сторона сучасної медичної практики вимагає вироблення постійних зразків прийняття рішень у складних та неоднозначних лікувальних ситуаціях. Ці зразки – мірою їх загального визнання – можуть і повинні вплинути на медичні протоколи (клінічні рекомендації) прийняття рішень. Однак, таке визнання спочатку має отримати своє медичне обґрунтування (як успішне застосування в лікуванні хворих) та сформувати свідоме етичне ставлення лікаря до пацієнта. Таке ставлення є не просто застосуванням класичних лікарських етичних принципів (наприклад – у

«принципах біомедичної етики») та корельованих з ними класичних етичних чеснот, а й сприятиме формуванню нових біоетичних чеснот (наприклад, пов'язаних із принципом застереження)» [4].

Чи можливо досягти згоди, наприклад, щодо основних цінностей системи охорони здоров'я? Очевидно, що повного консенсусу в цьому питанні ми навряд чи досягнемо, проте основні цінності, з якими можуть погодитися агенти, задіяні у системі, – це безпека, виживання та процвітання [5]. У сучасному суспільстві системи правосуддя, принципи та закони, правила та розпорядження мають свої логічні засади в основній цінності або потребі в безпеці. Зрештою, деякі етичні цінності, набуваючи нормативного характеру, можуть виявлятися «контрфактично».

Тут слід окремо зупинитися на «контрфактичному» статусі норм, особливо етичних. У філософії нормативізму, яка розвиває кантіанський погляд на норми, вони ніколи не є чимось по своїй суті суцям (суцями є форми виявлення норм), але самі норми завжди є за своєю суттю чимось належним – тим, чого більшою мірою немає, але що все ж має бути і отримує свою онтологію завдяки вольовим зусиллям особистості.

На наше переконання, такі вольові зусилля не можуть бути пояснені самими нормами, ба більше, вони у кантіанстві нерідко набувають доволі формального (у сенсі знеособленого і універсального) характеру. Варто підсумувати, що норми як форми мають завжди бути наповнені ціннісним змістом – лише тоді вони набувають сили формувати мотивацію поведінки індивідів, а отже визначати й наслідки цієї поведінки. Класична етична аксіома полягає у тому, що не можна досягати етичних цілей неетичними засобами – а це означає, що засоби, як і цілі, мають бути контрфактично визначеними, причому для успішності застосування таких засобів ця контрфактичність має бути спільною. Тоді і фактично застосовані цілі й засоби також не лише не будуть випадати з системи етичної поведінки, але й уможливлуватимуть функціонування усіх систем суспільства, а також будуть сприяти загальній ефективності досягнення своїх цілей кожним агентом [4].

Професор Ієн Голдін, директор-засновник Оксфордської школи Мартіна, стверджує, що мірою того, як ми стаємо все більш пов'язаними, й усе більше людей живуть у великих містах поблизу аеропортів, які є суперрозповсюджувачами не тільки «благ», а й «бід» глобалізації, майже неминучим стає те, що інфекція послідовно розповзатиметься у світі. Пандемія Covid-19 спричинила загострення багатьох проблем у сучасному суспільстві в цілому та в галузі

охорони здоров'я зокрема. Найбільш гострими в період пандемії стали питання ефективного розподілу коштів та дефіцитних ресурсів у сфері охорони здоров'я; доступу всіх членів суспільства до медичної допомоги; особливостей використання медичного сортування; пріоритетності надання медичної допомоги та проблеми марної медичної допомоги. Найбільш відчутно Covid-19 вплинув на низку найцінніших для громадян речей у політичній сфері, як-от: свобода пересування, рівність, справедливість, демократія та соціальний прогрес.

Дійсно, у кризовій ситуації, спричиненій пандемією, галузь охорони здоров'я змушена підтримувати певну рівновагу між конкуруючими етичними принципами. Йдеться про підтримання хиткого балансу між необхідністю важливих втручань та обмежень в інтересах громадського здоров'я та загрозою для суспільної свободи. Усі заходи, які можуть спинити розповсюдження вірусу, але обмежують права особи, мають бути раціональними, пропорційними, неупередженими, недискримінаційними та мають відповідати національним і міжнародним правовим нормам.

Політику держав у протистоянні корона-кризі потрібно будувати у такий спосіб, щоб розподіл дефіцитних та обмежених ресурсів, зокрема засобів індивідуального захисту, кисневих концентраторів, необхідних ліків, вакцини тощо, був максимально прозорим, а його критерії були чіткі та зрозумілі. Особливу увагу варто звертати на уразливі категорії населення та медичних працівників, оскільки інфікування чи відмова значної кількості працівників виконувати свої обов'язки може спричинити колапс у медичній системі.

В цьому контексті зовсім в іншому ракурсі перед глобальним суспільством постають питання про майбутнє моральних теорій, деонтологію і медичну етику та особливості політики в медичній галузі. «Необхідність перегляду аксіологічного фундаменту медичної теорії та практики сьогодні пов'язана як зі значним прогресом у науці (зокрема медицині) так і з усвідомленням обмежених можливостей доступу усього населення до якісної медичної допомоги» [9].

Етична теорія та прикладні етичні дисципліни нині не можуть ігнорувати тему пандемії. Відомі сучасні філософи вже оприлюднили свої рефлексії із цього приводу.

Цікавими є розвідки Алена Бадью «До епідемічної ситуації»; Джорджо Агамбена, який випустив колонку у виданні «Quodlibet», де він викладав свої роздуми щодо епідемії та її впливу на людей; Торнб'єрна Геннсьйо – шведського етика та філософа; німецької філософині Свеньї Фласспелер.

Питання, актуалізовані пандемією, виникли не сьогодні, проте лишаються не тільки нагальними, але й свідчать, що за кризової ситуації етичні дилеми зростають у геометричній прогресії. Цю ситуацію було окреслено у статті «Чому пандемія може навчити нас у політичній філософії», в якій автори зазначили, що «вірус зібрався у ранах суспільства, відкриваючи їх усім» [6; 10]. Криза, спричинена пандемією, яскраво показала усі недоліки популістських та слабких урядів: за таких умов потрібні чіткі та зрозумілі механізми її подолання. До того ж, окремою проблемою сьогодні є маніпуляції, дезінформація та фальшивки, які розповсюджуються через соціальні мережі та призводять, за словами ВООЗ, до «інфодемії». Зазвичай рівень дезінформації та маніпуляцій корелює із рівнем довіри до влади в тій чи тій країні. Також виникнення та розповсюдження неправдивої інформації про вірус, кількість інфікованих, перебіг хвороби та дієвість вакцин часто пов'язують з інформаційним «вакуумом». Культура новин сучасної доби, коли соціальні мережі, телевізійні канали, газети й усі медіа в режимі 24/7 прагнуть інформувати світ про події щодо розповсюдження вірусу, останні підходи у лікуванні хвороби та розробку вакцин, також стає платформою для поширення дезінформації та фальсифікацій.

Отже, щоби зменшити кількість неправдивої інформації та уникнути тотальної недовіри владі, треба подавати перевірену й чітко дозовану інформацію про особливості розповсюдження хвороби, кількість інфікованих, особливості вакцинації тощо. Це дозволить не тільки зменшити кількість умисних викривлень, але й знизить соціальну напругу. Пандемія актуалізувала проблеми, що й раніше існували в суспільстві: нерівність, дискримінація та несправедливість, розкол через застосування маніпуляцій та поширення неправдивої інформації. Для протидії дезінформації та маніпуляціям у світовому масштабі, ООН створила сайт <https://shareverified.com>, на якому розміщено дані про механізми виявлення неправдивої інформації та маніпуляцій; статті, що спираються на достовірну інформацію та наукові факти про хворобу, спричинену вірусом Covid-19; відкрито он-лайн курс «Як боротися з дезінформацією в Інтернеті». Іншим важливим аспектом, на якому фокусує увагу сайт, є проблема солідарності та справедливості як засобів для подолання індивідуального егоїзму через урахування загального блага, зважаючи на неспроможність людини вирішити свої проблеми одноосібно. Глобальна співпраця різних міжнародних організацій та країн заради подолання хвороб, збереження миру, сталого розвитку та прав людини, виходячи з вищезначеного, може бути побудована лише на спільному ціннісному фундаменті. В цьому контексті, залучення до

інформаційної компанії на підтримку носіння масок чи вакцинації медійних осіб, акторів, співаків, які здатні вплинути на суспільну думку, і яких не пов'язують із жодною політичною силою, позитивно впливає на підтримку заходів боротьби проти вірусу серед населення.

Теоретичні розвідки та уявні експерименти, проведені сучасними філософами та фахівцями з етики, повинні сприяти пошуку відповідей на важливі практичні питання у галузі охорони здоров'я. Зокрема, Торнб'єрн Теннсьйо присвятив свою книгу «Встановлення пріоритетів у галузі охорони здоров'я» (“Setting health-care priorities”) [12] особливостям застосування моральних теорій для визначення пріоритетів та політики в медичній галузі. Основна аргументація щодо залучення певних теорій (утилітаризму, теорії *maximin* / *leximin*, егалітаризму), висловлена філософом, полягає в тому, щоб здійснити певну «апробацію» моральних теорій спочатку за допомогою виявлення у цих теоріях найбільш проблематичних моментів, а потім через спеціальні процедури когнітивної психотерапії у межах моральної епістемології. На думку мислителя: «Якщо ми шукаємо правди в нормативній етиці, нам потрібно спрогнозувати наслідки теорій, зіткнутися із їхніми суперечливими наслідками в абстрактних ключових думках, розглянути їх з інтуїтивно зрозумілого погляду та зробити висновок про найкраще (моральне) пояснення змісту розглянутих інтуїцій» [12].

Філософ доводить, що етичну дискусію можна вести з інших вихідних точок, окрім тих, які ми (як самостійні особистості з своїми цінностями й переконаннями) сприймаємо як належне. Його методичний спосіб описувати різні етичні позиції та їхні наслідки змушує нас критично досліджувати власні аргументи. Теннсьйо пропонує розглядати переваги та недоліки утилітаризму, спираючись на уявну етичну дилему. Дослідник наводить як приклад ситуацію, коли двоє пацієнтів 30 та 50 років претендують на одне «донорське» серце.

З точки зору утилітаризму необхідно віддати серце молодшому, тому, чий внесок у отримання найбільшого суспільного блага буде значнішим, і в такий спосіб максимізувати загальну суму блага у всесвіті. Далі філософ ускладнює ситуацію, за якої у молодшого з пацієнтів, віком 30 років, при обстеженні виявляються серйозні супутні захворювання. У такого пацієнта, нехай і молодшого, значно менше шансів прожити довше з пересадженим серцем.

При обстеженні пацієнта 50 років не було виявлено серйозних супутніх захворювань. «У такому випадку, – зазначає Теннсьйо, – ми повинні прагнути чинити так, щоб максимізувати задоволення/щастя всіх істот, які здатні його

відчувати. Задля досягнення максимального очікуваного блага, серце слід віддати старшому реципієнту».

Таким чином відповідь на запитання щодо вибору реципієнта лежить в межах етики утилітаризму. Аналізуючи цю уявну етичну дилему, філософ застерігає, що утилітаризм дозволяє марно не витратити дефіцитні медичні ресурси (одне серце), але для цього потрібно ретельно обговорювати ситуацію та зважувати наслідки прийнятого рішення.

В моральній філософії ми завжди можемо самостійно виконувати необхідні уявні експерименти. Перечитуючи роботу Теннсьйо про встановлення пріоритетів у галузі охорони здоров'я, зауважуємо, що мислитель обмірковує кілька теорій про розподільчу справедливість (утилітаризм, егалітаризм, теорія *maximin/leximin*). Він зазначає, що з посиланням на ці теорії ми можемо досягти консенсусу (у якому позиції сторін частково перекриваються) в дискусії про встановлення пріоритетів щодо розподілу обмежених медичних ресурсів. Але позиція самого філософа щодо застосування етики в системі охорони здоров'я та її обмежень за часів кризи полягає в наступному: «Ми повинні інвестувати значно менше у граничне продовження життя та набагато більше у встановлення та підтримку психічного здоров'я» [12].

В одному зі своїх нещодавніх інтерв'ю, присвячених пандемії Covid-19, Теннсьйо озвучує свою позицію щодо пріоритетів вакцинації осіб різних вікових категорій: «Вакцина повинна насамперед бути частиною боротьби з інфекцією, а не засобом рятування індивідуального життя у короткостроковій перспективі», що цілком узгоджується із його поглядами, висловленими у раніших монографіях. Спираючись на утилітаристський підхід, Теннсьйо наголошує на пріоритетній вакцинації молодих людей. Його позиція обумовлена тим, що молодь є найбільш соціально активною частиною суспільства, до того ж, саме молодь забезпечує найбільше надходження податків, тому захист цієї частини суспільства відповідає принципу максимізації блага в утилітаризмі.

Ще один сучасний філософ, Ален Бадью обмірковуючи ситуацію з пандемією, говорить про розчинення: «внутрішньої активності Розуму, що змушує суб'єктів повертатися до його сумних наслідків – містицизму, фантазій, молитв, пророцтва і прокльонів, які мали місце у Середньовіччі, коли по землі ширилася чума» [3].

На думку Бадью, епідемія є моментом волаючого протиріччя між економікою і політикою; навіть європейським країнам не вдається вчасно скоригувати свою політику перед обличчям вірусу, що свідчить про необхідність

перегляду не тільки ресурсного забезпечення, але й етичного підґрунтя соціальної політики європейських країн.

Одним із «топових» філософів, які долучилися до обмірковування теми пандемії та її впливу на людину й суспільство, є Джорджо Агамбен. Ще до глобальної кризи, спричиненої вірусом Covid-19, філософ випустив цікаву роботу «Homo Sacer» [2], в якій стверджує, що етика Аристотеля чи деонтологічна етика Канта неспроможні запропонувати сучасності підходи, які могли б її осмислити та описати. Уроки, отримані етикою «після Аушвиця», очевидно, не сформували того новітнього етичного механізму, здатного ефективно регулювати широке коло проблем, пов'язаних із пандемією. Автор підкреслює, що умови соціального дистанціювання та обмеження пересування, спричинені пандемічною ситуацією, є найбільш вигідними для влади, позаяк будуть перепорою для соціально-культурної взаємодії, що зробить керування людьми простішим, ніж будь-коли. «Якщо вже зараз, в умовах поступового занепаду ідеологій і політичних переконань, міркування безпеки змусили громадян прийняти обмеження свобод, які вони раніше не бажали приймати, то біобезпека виявилася здатною запропонувати абсолютне припинення всієї політичної діяльності і всіх суспільних відносин як вищої форми громадської участі» [1]. Філософ наголошує, що медикалізація сучасного суспільства вже перейшла усі межі, і вочевидь усім нам доведеться переосмислювати своє ставлення до медицини та хвороб. В одній зі своїх робіт «Біобезпека та політика», Джорджо Агамбен називає терором охорони здоров'я заходи, які вживають уряди більшості країн у зв'язку з епідемією коронавірусу.

З міркуваннями мислителів, роботи яких ми розглядали, можна не погоджуватися, але варто зауважити, що їхні висловлювання послугували виникненню філософського дискурсу навколо пандемії. Сьогодні, як ніколи раніше, першочерговим завданням біоетики є переосмислення на засадах ситуативного аналізу моральних практик у медицині. Очевидно, нам (етикам, філософам, політикам) треба пам'ятати про дуже важливий аспект, пов'язаний з імплементацією моральних теорій у реальне життя, зокрема про суттєві відмінності у визначенні пріоритетів прикладною етикою у ситуаціях окремих пацієнтів, які потребують лікування, та у випадках, де медичної допомоги вимагають широкі верстви населення (епідемії, стихійні лиха, техногенні аварії тощо). За таких обставин мало говорити про максимізацію очікуваного блага/щастя, тут йдеться насамперед про створення ефективного та дієвого алгоритму визначення пріоритетів щодо розподілу дефіцитних ресурсів.

Спалах пандемії вірусу Covid-19, особливо на початку, зумовив появу значної кількості біоетичних утруднень. У складних ситуаціях, коли велика кількість хворих потребувала невідкладної терапії, до якої ані медичні заклади, ані медичні працівники не були готові, спеціальних рекомендацій та протоколів, особливо для встановлення пріоритетів допомоги у разі відсутності достатньої кількості терапевтичних засобів, просто не було. Окремі країни мали і протоколи, і прописані алгоритми на випадок епідемічних спалахів та пандемій. Чому ж вони не були одразу реалізовані? Можливо, складність проблеми полягала в тому, що швидкість розповсюдження вірусу та його наслідки були недооцінені. Між тим, у подібних ситуаціях, незаперечним є право людини на правдиву, повну, доступну та об'єктивну інформацію про хворобу. Попри те, що у біоетичній практиці застосовуються різноманітні етичні принципи та правила (від етики чеснот аж до віртуальної етики), які можуть за певних обставин заперечувати чи перекривати одне одного, дослідники погоджуються, що найбільш популярним є підхід, запропонований свого часу Бочампом та Чілдресом. Складно заперечити положення про необхідність реалізації (за кризових умов), насамперед, важливих принципів біоетики: поваги до гідності та автономії пацієнта, принципів ненанесення шкоди, вчинення блага, справедливості тощо. Зростання кількості інфікованих та стрімке поширення вірусу поставили під питання можливість дотримання усіх принципів біоетики під час боротьби з хворобою. Доволі швидко влада більшості країн зрозуміла, що соціальних обмежень не вдасться уникнути. Принципи, які раніше «оберігали» конкретного пацієнта, тепер примусово були поширені на суспільство загалом; індивідуальне здоров'я протиставлялося колективному здоров'ю та добробуту. Обмеження у пересуванні, соціальна дистанція, вимога до носіння захисних масок, заборона на проведення та відвідування масових заходів, закриття кордонів – усе це швидко стало глобальною коронавірусною реальністю.

Етичні проблеми, породжені пандемією, переважно вирішували через залучення утилітаристського підходу. Головним посилом стала теза про «найбільше благо для якомога більшої кількості людей». Але тут варто зауважити, що не існує загального механізму чи алгоритму вирішення моральних утруднень, кожен конкретну проблему треба вирішувати з огляду на контекст та зважаючи на усі фактори. Наприклад, розглянемо таку ситуацію. Кому насамперед потрібно забезпечити кисневу підтримку, 20-ти чи 70-тирічній людині? На перший погляд видається правильним рішення надати таку підтримку молодшій людині, бо саме так реалізовується принцип про найбільше



благо. Ситуація виглядатиме зовсім інакше, якщо уявити, що 70-тирічний чоловік є медиком-науковцем, який розробляє експериментальні ліки від вірусу чи вакцину від нього. За таких умов, найбільшим благом для суспільства буде збереження життя старшого пацієнта, беручи до уваги його корисність для спільної справи. Цей випадок яскраво демонструє варіативність застосування принципів етики утилітаризму.

Різноманітні моральні теорії та етичні цінності й установки стали підґрунтям для розуміння необхідності розробки етичних принципів (настанов) під час планування роботи за умов пандемії. Етичні положення, які стосуються алгоритмів дій на випадок пандемії грипу та інших інфекційних захворювань, були сформульовані Об'єднаним центром біоетики (Join Center Bioethics – JCB) університету Торонто (Канада) у листопаді 2005 р. В цих матеріалах описано ключові положення та правила, які потрібно задіяти у випадку пандемії [11]. Зокрема, наголошується, що: «Організатори охорони здоров'я зобов'язані забезпечувати і надавати допомогу населенню у період спалахів заразних хвороб та несуть відповідальність за її своєчасність і ефективність». Дослідники чесно написали про можливість провадження обмежень особистої свободи за умов настання пандемії, вказавши при цьому, що пріоритетним є збереження суспільного здоров'я, права ж окремої людини можуть бути суттєво обмежені (самоізоляція, порушення конфіденційності, примус до вакцинації тощо).

В документах Об'єднаного центру біоетики наступним дуже важливим пунктом є необхідність застосування принципу розподільчої справедливості під час розподілу дефіцитних/обмежених ресурсів (засобів індивідуального захисту, медичних препаратів, кисневих концентраторів, вакцин та ін.). Нам видається, що найбільші дискусії за умов корона-кризи, виникали щодо цього пункту. Цілком зрозуміло, що справедливий розподіл має, насамперед, враховувати потреби медичних працівників, потім уразливих груп населення і лише після цього поширюватися на решту.

Вкрай важливим для реалізації заздалегідь продуманого алгоритму є створення ефективної системи оповіщень населення не тільки про розповсюдження хвороби, але й про кроки влади щодо її подолання.

Ще одним важливим пунктом у цьому списку є солідарні дії усіх країн у протистоянні розвитку пандемії.

«Глобальне управління ситуацією у період пандемії полягає у регулюванні заходів, пов'язаних із переміщеннями людей [11], зокрема туристичних поїздок, робочих відряджень та інших пересувань.

Отже, серед етичних та біоетичних принципів, надзвичайно важливих для ефективного протистояння розгортанню хвороби, можна назвати такі: захист від нанесення шкоди, зобов'язання надавати медичну допомогу, справедливість, пропорційність, право на особисту свободу, збереження приватності, доступ до правдивої інформації, солідарність.

Чи вичерпується список принципів переліком, який ми окреслили? Вочевидь ні, він може бути доповнений різними принципами та вимогами, відповідно до моральних орієнтирів суспільства.

В цьому контексті цілком прозорим є заклик етиків, біоетиків та філософів до гуманізації сучасної медицини, ставлення до кожної людини та до кожного пацієнта з позицій кантіанської етики, як до мети діяльності; вирішення дилем, які виникають у медичній галузі виходячи з моральної вимоги власного сумління про належну поведінку.

---

---

## ЛІТЕРАТУРА

1. Агамбен Дж. Есеї про Covid-19 та критика навколо текстів. URL: <https://supportyourart.com/stories/agamben-covid-19/>
2. Агамбен Дж. Homo Sacer. Суверенная власть и голая жизнь. М. : Европа, 2011. 256 с.
3. Бадью, Ален. До епідемічної ситуації. 21 березня 2020. URL: <https://files.nas.gov.ua/PublicMessages/Documents/0/2020/03/200330171210972-4465.pdf>
4. Бойченко М. И., Бойченко Н. М., Шевченко З. В. Трансдисциплинарные перспективы биоэтики и множественная социальная идентичность ( фило-софское исследование ). URL: [https://lib.iitta.gov.ua/720310/1/Скопус%20Бойченко%20М.И.\\_2020\\_pdf\\_200202.pdf](https://lib.iitta.gov.ua/720310/1/Скопус%20Бойченко%20М.И._2020_pdf_200202.pdf)
5. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016-2030 гг.) URL: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/global-strategy-women-children-health-ru.pdf](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-strategy-women-children-health-ru.pdf)
6. Bhattacharya A. & Niker F. What the pandemic can teach us about political philosophy. 2021. URL: <https://blogs.lse.ac.uk/europpblog/2021/09/09/what-the-pandemic-can-teach-us-about-political-philosophy/>
7. Arjoon S. Virtue Theory as a Dynamic Theory of Business. *Journal of Business Ethics*, 2000. № 28. P.159-178.
8. Boychenko N. Counterfactuality of the ethical norms of higher education. *Future Human Image*. 2017. №. 7. С. 28-35.

9. Hubenko H., & Boichenko N. The future of moral theories: reflecting on Torbjörn Tännsjö's book "Setting health-care priorities". 2020. *Arhe*, 27(33), P. 289-299.

10. Political Philosophy in a Pandemic. Routes to a More Just Future/Ed by Niker Fay & Bhattacharya Aveek. Bloomsbury Publishing, 2021.

11. Stand on Guard for Thee. Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza. *A report of the University of Toronto Joint Centre for Bioethics*, 2005.

12. Tännsjö T. Setting Health-Care Priorities. New York: Oxford University Press, 2019.

## **БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19: ЕЙДЖИЗМ, ЯТРОГЕНІЯ, СУЇЦИД, ДОТРИМАННЯ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ ТА ЇХ РОДИЧІВ У ВІДДІЛЕННЯХ РЕАНІМАЦІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ АБО СМЕРТЬ НА САМОТІ?**

**Н. М. Бугайова**

*Інститут психології імені Г. С. Костюка  
Національної академії педагогічних наук України  
м. Київ*

Лікування хронічних захворювань у осіб похилого віку та осіб, які страждають на соматичні й нейродегенеративні патології, в низці випадків спрямовано на поліпшення якості життя і збільшення її тривалості. В умовах пандемії, оголошеної у зв'язку зі світовим поширенням SARS-CoV-2, актуалізується проблема дефіциту ресурсів лікування захворювання COVID-19. Особливо гостро це питання стоїть щодо літніх пацієнтів і осіб, які потерпають від хронічних соматичних або нейродегенеративних захворювань. Фактично, світ зіткнувся із загостренням ейджизму та ейблізму. Ейджизм – дискримінація за віком, яка виявляється у негативно-зневажливому ставленні до літніх людей нібито внаслідок їхньої невідповідності нормативним соціальним цінностям – продуктивності і результативності. Ейблізм – тип дискримінації людей з інвалідністю, хронічними соматичними захворюваннями або психічними розладами, потреби яких виносяться на другий план, у порівнянні зі здоровими людьми. Крім явних форм дискримінації таких пацієнтів, серйозне побоювання викликають приховані форми дискримінації: відмова в госпіталізації, застосування широкого спектру діагностики та лікування, а також небажання призначати дорогі методи лікування. Люди похилого віку і хворі, які страждають на хронічні захворювання, відчувають страх і провину, оскільки чують від лікарів і із засобів масової інформації про те, що групам ризику в разі переповнення лікарень може бути відмовлено в отриманні необхідної медичної допомоги. Стигматизація завдає непоправної психологічної травми і сприяє розвитку аутоагресивної поведінки.

Пандемія додала нові аспекти дискримінації зазначеної категорії пацієнтів у зв'язку зі створенням, так званих, етичних рекомендацій або критеріїв (настанов) сортування хворих на коронавірус COVID-19 в умовах обмежених ресурсів. Італійський «Коледж анестезії, аналгезії, реанімації та інтенсивної терапії»

(SIAARTI)) 6 березня 2020 року представив керівні принципи для лікарів і медсестер, яких вони повинні дотримуватися у випадках надзвичайних обставин, пов'язаних із масовим поширенням нової коронавірусної інфекції SARS-CoV-2. Документ пропонує у ситуації неможливості надання інтенсивної допомоги всім пацієнтам, які її потребують, дотримуватися «...найбільш поширених критеріїв щодо розподільної справедливості і належного розподілу обмежених ресурсів охорони здоров'я» [19].

Проаналізуємо окремі критерії сортування хворих. На думку авторів документа, надмірне збільшення ліжок у палатах інтенсивної терапії не є гарантією якісного догляду за пацієнтами, які залишилися. Необхідно встановити вікової межі для таких палат, щоб забезпечити дефіцитні ресурси для тих, хто має більше шансів на виживання, що дасть змогу врятувати більше років життя. Автори висловлюють думку про те, що на додаток до віку, варто ретельно оцінювати наявність супутніх захворювань у літніх пацієнтів і функціональний стан їхнього організму, оскільки на короткий курс лікування молодих пацієнтів, не обтяжених хронічними захворюваннями, буде витрачено менше ресурсів служби охорони здоров'я. Також, кращим для хворих, госпіталізованих із граничними критеріями і таких, які не реагують на лікування, вважається перехід з інтенсивної терапії на паліативну допомогу [19].

Британська медична асоціація (BMA), яка об'єднує понад 160 тис. лікарів, також опублікувала етичні рекомендації щодо прийняття рішень в умовах пандемії COVID-19, зокрема щодо відмови від лікування, розподілу ресурсів і внесення розумних коректив – «Про використання віку та/або інвалідності в нашому керівництві». У документі зазначається, що лікарі можуть опинитися в ситуаціях необхідності прийняття «строго прагматичних рішень», в результаті чого деяким пацієнтам буде відмовлено в інтенсивному лікуванні, яке вони отримали б у разі відсутності пандемії [10]. По суті, при пандемії, в разі переповненості лікарень, лікарі можуть піддати сортуванню пацієнтів з COVID-19 на підставі їх похилого віку або наявності у них хронічних захворювань, незалежно від вікових меж.

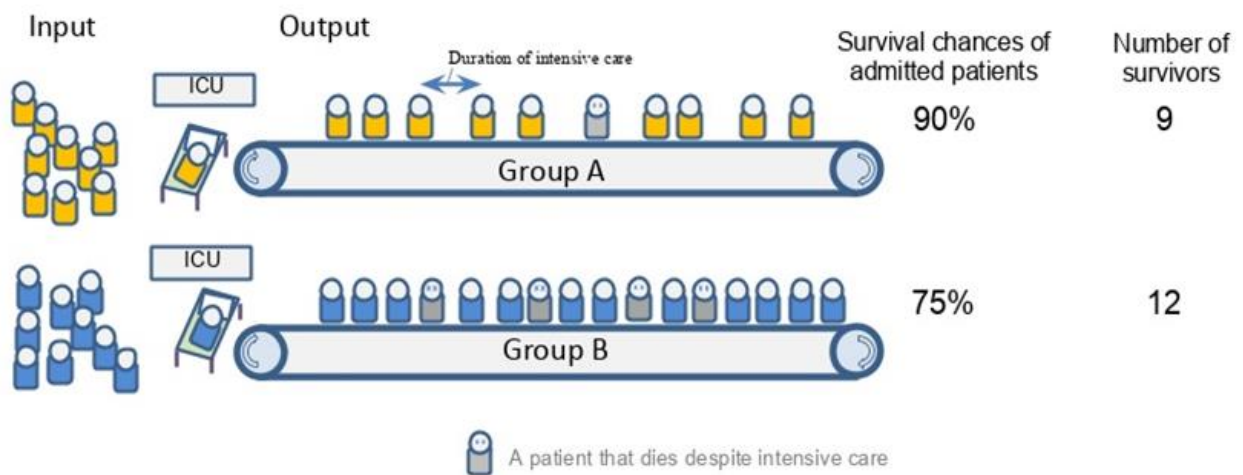
Директор відділу клінічних оперативних досліджень UCL, професор Університетського коледжу Лондона, Христина Пагель, професор операційних досліджень відділення прикладної математики UCL, Мартін Утлі і консультант з інтенсивної терапії в Great Ormond Street Hospital NHS Foundation Trust, Самиран Рей, який займається етикою розподілу ресурсів в системі охорони

здоров'я, провели математичне моделювання доцільності сортування хворих, які потребують інтенсивної терапії.

Основною областю досліджень науковців, які співпрацюють із Міністерством охорони здоров'я Сполученого Королівства в рамках програм імунізації та забезпечення готовності до пандемії, є використання математичних інструментів для підтримки надання медичних послуг. Хоча окремі протоколи сортування фокусуються на виключенні деяких пацієнтів для збільшення доступності ліжок інтенсивної терапії, метою протоколів сортування зазвичай є «суспільне благо», максимізація виживання населення, а не доступність ліжок [12].

Автори зазначають, що припущення про досягнення суспільного блага коштом максимального виживання серед пацієнтів, які отримують інтенсивну терапію, є помилковим.

Не зважаючи на прагнення у протоколах виключити пацієнтів, які за показаннями не потребують інтенсивної терапії і тих, чий стан оцінюється як безнадійний для проходження такої терапії, вони не приділяють достатньої уваги відмінностям між групами з точки зору тривалості інтенсивної терапії, необхідної для досягнення позитивних результатів лікування (мал.1).



*Мал.1.*

Більшість протоколів сортування націлені на прийом пацієнтів, які входять до групи «А», оскільки вони, нібито, мають більш високі шанси на виживання у разі інтенсивної терапії, проте не враховується той факт, що пацієнтам із групи «В» може знадобитися менше часу на перебування у ВІТ, ніж пацієнтам із групи «А», у зв'язку з чим, виділення ресурсів інтенсивної терапії групі «В», фактично

призводить до зростання абсолютного числа тих, які вижили, тому що доступ до медичної допомоги, який дає змогу зберегти життя пацієнтів, отримує більша кількість людей.

Автори доходять висновку, що якщо метою сортування є підвищення виживаності населення у разі нестачі ресурсів, то дефіцитним ресурсом будуть не місця у лікарнях, а ліжко-дні, не вільні ШВЛ, а час роботи пристроїв штучної вентиляції легенів [18].

У зв'язку з пандемією H1N1 у 2009 році Мартін Атлі, Крістіна Пейджел із колегами вивчали механізми, за допомогою яких сортування хворих дало б змогу призвести до меншої кількості смертей серед населення. Автори дійшли висновку, що «вплив сортування залежить від рівня попиту та масштабу досяжних відмінностей між включеними та виключеними групами з точки зору очікуваної тривалості перебування та виживання у критичних ситуаціях. Не можна припустити, що сортування здатне призвести або призведе до меншої кількості смертей. Варто пам'ятати, що визначаючи цілі сортування та його етичної реалізації, треба спиратися і на інші міркування, а не тільки на короткострокове виживання на популяційному рівні» [22]. Здатність лікаря оцінювати стан хворого та прогнозувати потенційну ефективність лікування із метою застосування критеріїв сортування до пацієнта в умовах пандемії COVID-19 є дуже умовною, оскільки через непередбачуваність коронавірусу неможливо точно визначити необхідну тривалість інтенсивної терапії, як і відповідь хворого на лікування. Часом виживають літні пацієнти з несприятливим прогнозом, які страждають на серйозні супутні захворювання, проте вмирають молоді, які не мають хронічних захворювань та готуються до виписки.

Також відкритим залишається питання, за якими критеріями оцінюється пріоритетність пацієнтів та їхня корисність для суспільства? Чи можуть критеріями для сортування виступати літній вік і наявність хронічних захворювань у пацієнтів будь-якої вікової категорії та чому соматична складова є визначальною у цьому відборі? Геніальний англійський фізик-теоретик, космолог і астрофізик Стівен Хокінг страждав на бічний аміотрофічний склероз, Джон Форбс Неш, який мав діагноз «параноїдальна шизофренія», – єдина людина, удостоєна Нобелівської премії у галузі економічних наук і Абелівської премії із математики або геніальний український вчений, кардіолог і торакальний хірург, академік М. М. Амосов, до похилого віку оперував пацієнтів (останню операцію на серці провів, коли йому вже було за вісімдесят років). Який їхній ступінь корисності для суспільства з точки зору сучасного підходу у

визначенні пріоритетів лікування коронавірусної інфекції та критеріїв сортування? Досі залишається серйозною проблема відсутності довіри до лікарів і співробітників медичних установ з боку суспільства. Чи буде введення сортування хворих у лікарнях сприяти зростанню довіри до медичних працівників та уряду?

Безумовно, світ опинився в складних умовах, оскільки поширення нового типу коронавірусу SARS-CoV-2 і його вплив на організм людини не вивчені, а системи охорони здоров'я більшості країн виявилися не готові до різкого зростання захворюваності.

Серед медичних працівників різних ланок помітні: значний рівень зростання звільнень за власним бажанням через страх заразитися COVID-19 [5], професійне вигорання, високі показники захворюваності та смертності, що неминуче позначається на дефіциті медичних ресурсів у лікувальних установах.

У Китаї за час пандемії понад 3 тисячі медичних співробітників заразилися коронавірусом [21], а в Іспанії з 40 тис. хворих – 5,4 тис. лікарів інфікувалися COVID-19, що становить 14% [17].

Незважаючи на те, що медичні працівники зараз знаходяться на передовій боротьби зі смертельно небезпечним захворюванням, по суті, будучи героями, на превеликий жаль, серед лікарів та середнього і молодшого медичного персоналу є ті, хто проявляють по відношенню до хворих байдужість, ігнорують їхні потреби і прохання. Хворі опиняються в умовах психологічної та інформаційної ізоляції. Медичний персонал, знеособлений захисними костюмами, часом, не вважає за потрібне відповідати на запитання пацієнтів, чим спричиняє відчуття невпевненості, страху, паніки і сприяє розвитку ятрогенії. Зокрема, неправильне спілкування лікаря і медсестер із пацієнтом може зумовити *німу ятрогенію*, яка виникає унаслідок мовчання або бездіяльності медичного працівника, що розцінюється пацієнтом як ситуація, яка загрожує його життю і здоров'ю.

Отримання від лікаря недостовірної інформації або достовірної, але поданої без огляду на психологічні особливості хворого і гострої емоційної реакції на неї, здатне призвести до *інформаційної ятрогенії*. Неправильне призначення пацієнту медикаментозного лікування без урахування його індивідуальних особливостей може призвести до ятрофармакогенії через ускладнення після прийому препарату.

Вирішуючи проблему, пов'язану з пандемією і її тяжкими наслідками для суспільства, варто думати про ефективний, дієвий на практиці, індивідуальний



підхід у лікуванні хворих, зважаючи на особливості їхнього здоров'я і психіки, а не на побудований на механічному застосуванні до них однакових протоколів лікування, що в результаті призводить до інвалідизації і смерті пацієнтів, яких можна було б урятувати. Отже, крім шкоди здоров'ю і психіці хворих, заподіяних коронавірусом, ще додається важка психічна травма, нанесена медичним персоналом, який ігнорує свої професійні обов'язки. Наслідки таких психологічних травм, які накладаються на захворювання або постковідний синдром, здатні поставити під питання відновлення здоров'я тих, хто перехворів на COVID-19 і призвести до втрати їхньої працездатності, до інвалідизації та смерті.

Італійські вчені опублікували результати дослідження психічного і психологічного стану 402 дорослих пацієнтів, які перенесли COVID-19, згідно з якими у 56% людей, які зіткнулися зі впливом нового типу коронавірусу, було діагностовано мінімум один психічний розлад, на який вони раніше не страждали, що дає змогу зробити висновок про негативні наслідки впливу на психіку людини COVID-19, який спричиняє психічні порушення у раніше повністю здорових людей [16]. Проявами мультисистемних дій [15] SARS-CoV-2 на організм людини, зокрема на центральну нервову систему, є психічні та неврологічні розлади з різними аномаліями ЦНС, які мають потенційно серйозні та довгострокові наслідки.

Тривалі соціальні обмеження, інформаційний стрес, самотність, втрата роботи, фінансові проблеми і конфлікти з близькими людьми, банкрутство, боязнь захворіти і заразити близьких людей, депресія, безсоння, відсутність ефективних ліків і якісної вакцини від COVID-19, соціальна стигматизація тих, хто переніс вірусне захворювання, сприяють розвитку психічних порушень і формуванню суїцидальної поведінки. З осені 2020 року в Україні помітне зростання самогубств, пов'язаних із захворюванням COVID-19. За свідченнями медичного персоналу лікувальних установ, пацієнти з COVID-19, які змучені виснажливою хворобою, намагаються накласти на себе руки за допомогою наявних у них фармацевтичних препаратів, а в палатах інтенсивної терапії знімають вночі кисневі маски або висмикують трубки підключення до апарату інвазивної ШВЛ, щоб припинити страждання і померти.

Причинами суїциду пацієнтів інфекційних відділень медичних закладів, призначених для лікування хворих COVID-19, можуть бути: психічні та неврологічні розлади: афективні психози, спровоковані гіпоксією, інтоксикацією, виникненням мікротромбозів та ін., стрес, через переживання у палатах інтенсивної терапії і реанімації, ятрогенія, боязнь інвалідизації, фінансова

неспроможність оплачувати лікування, відсутність підтримки з боку близьких, страх померти на самоті. Варто також враховувати, що COVID-19 може виступати каталізатором як соматичних, так і психічних захворювань, які ускладнюють перебіг коронавірусної інфекції [8]. В умовах пандемії стали траплятися самогубства внаслідок встановлення діагнозу COVID-19 [1].

В Україні кількість суїцидів серед дітей у 1-му кварталі 2021 року зростає втричі. За даними пресслужби Міністерства внутрішніх справ: «В 2020 році наклали на себе руки 123 підлітки, а вже на початку березня 2021 року органами Національної поліції було зафіксовано 25 випадків самогубств і 91 спроба здійснити такі дії».

Ми не можемо виключати впливу COVID-19 на психіку дітей у найширшому сенсі слова.

*По-перше*, діти теж хворіють новим типом коронавірусу і навіть, якщо захворювання протікає безсимптомно, не можна гарантувати, що воно не чинить деструктивного впливу на психічне здоров'я дитини.

*По-друге*, стан членів сім'ї, які перенесли COVID-19, не може не позначитися на дитині, оскільки діти найбільш чутливі до стресу (страх втратити близьку людину, матеріальні проблеми, спілкування із членами родини, що знаходяться у нестабільному фізичному і психічному стані внаслідок лонг-ковіду).

*По-третє*, смерть близької людини через COVID-19, також важко переноситься дітьми. Вони поділяють почуття втрати і провини, якими травмовані члени сім'ї, що також може провокувати розвиток депресії і суїцидальної поведінки.

Дослідження, проведені ще в 2010 році [6], показали, що суїцид здійснювали пацієнти, які страждали на депресію, мали низький рівень серотоніну в плазмі крові і тромбоцитах. У тромбоцитах і плазмі крові суїцидентів із депресією рівень серотоніну був значно знижений [7].

Дослідники з Ізраїлю виявили збільшення кількості тромбоцитів у суїцидентів із депресією. Воно було на 20% вище, ніж у тих, хто страждав на депресію, але не виявляли суїцидальної активності [20]. Отже, проблема тромбозів у хворих на COVID-19, може грати роль у підвищенні суїцидальності пацієнтів, які знаходяться у періоді реконвалесценції.

Окремо необхідно торкнутися такого важливого питання, як психологічний і фізичний стан здоров'я людей, чий близькі перенесли COVID-19. У «Рекомендаціях із клінічної етики щодо призначення і припинення інтенсивного

лікування» від SIAARTI, наголошується на необхідності зважати на стан членів родини пацієнтів, які потребують інтенсивної терапії.

Особливо підкреслюється важливість цього Положення у випадках, коли пацієнт, не маючи можливості попрощатися зі своїми близькими через чинні обмеження, помирає в умовах повної самотності [19].

У деяких сім'ях, хворі змогли повністю відновитися, інші ж отримали серйозні ускладнення у вигляді розвитку хронічних захворювань (цукровий діабет, серцево-судинні та автоімунні захворювання, психічні порушення і психологічні наслідки у вигляді безсоння, депресій та розвитку аутоагресивної поведінки). У багатьох родичі померли.

У демократичних країнах прощання родичів із вмираючими хворими є невід'ємним правом кожної вільної людини.

В Україні існує закон, за яким близькі люди мають право попрощатися із родичем, який вмирає в реанімації, проте в умовах захворюваності на COVID-19 він не працює і практично повністю ігнорується, а часом блокується на рівні лікувальних установ адміністрацією.

Не зважаючи на те, що відповідно до наказу МОЗ України №592 від 15.06.2016 р. безперешкодне спілкування для родичів або знайомих пацієнтів у відділеннях інтенсивної терапії або реанімації дозволене вже протягом більш ніж чотирьох років і «гарантує цілодобовий доступ до пацієнтів будь-якого віку у всіх відділеннях (блоках, палатах інтенсивної терапії, ВІТ, ВАІТ та ін.) усіх закладів охорони здоров'я» [4], потрапити у відділення інтенсивної терапії практично неможливо.

Безумовно, в умовах пандемії, яка пов'язана з поширенням смертельно небезпечної вірусної інфекції, обмеження відвідування хворих у палатах інтенсивної терапії є виправданими заходами обережності, проте, в інтерв'ю «The Jerusalem Post» член правління лікарні «Іхілов» в Тель-Авіві Аві Шушан повідомив, що за бажанням, після спілкування із соціальним працівником, родичі пацієнтів, які вмирають від коронавірусу, можуть у спеціальних костюмах відвідати в палаті своїх близьких, щоб особисто попрощатися із ними. За словами Аві Шушана, перешкоду у вигляді відсутності належних протоколів лікарня пододала в найкоротші терміни [2].

У Торонто (Канада) також забезпечується можливість прощання родичів із пацієнтами, які вмирають від COVID-19 [29]. Старша медсестра у відділенні реанімації Лондонської лікарні «Royal Free Hospital» Хуаніта Ніттла, в інтерв'ю BBC сказала, що в безнадійних випадках їй доводиться відключати від ШВЛ

хворих, щоб дати їм спокійно померти. Водночас Хуаніта Ніттла описує один із випадків своєї практики, коли від COVID-19 вмирала її колега, 50-річна медична сестра. Хуаніта повідомила дочці пацієнтки, що її мати помирає, про те, що вона не відчуває болю, після чого відключила прилади оповіщення і піднесла телефонну трубку до вуха хворої, давши дочці можливість сказати прощальні слова своїй матері. За словами Хуаніти, «...це був просто телефонний дзвінок, але для її сім'ї він мав величезне значення» [13].

На жаль, ми змушені констатувати той факт, що в Україні брати у відділення інтенсивної терапії засоби зв'язку пацієнтам категорично забороняють, тим самим позбавляючи хворих не тільки законних прав на доступ до засобів зв'язку, а й необхідної психологічної підтримки близьких, якої вони потребують, так само, не даючи можливості родичам пацієнтів попрощатися із близькою людиною, коли вона помирає.

Як наслідок, ті, хто були позбавлені останнього, нехай і дистанційного контакту зі вмираючим у реанімації родичем, отримують глибоку психологічну травму, обтяжену почуттям провини і важкими думками про «жахи», які пережили їхні близькі в реанімаційних відділеннях. Психологічно травмовані родичі померлих поповнюють ряди пацієнтів психіатрів і суїцидологів або, намагаючись впоратися із горем самотійно, втрачають власне здоров'я, починаючи зловживати спиртним, наркотиками, ПАР або закінчують життя самогубством.

Відкритим залишається питання покаяння і відпущення гріхів для християн. Для тих, хто сповідує іудаїзм, важливо покаятися і промовити видуй перед смертю, якщо зі вмираючим на зв'язку знаходяться родичі, нехай навіть дистанційно, вони можуть прочитати йому видуй уголос. Для мусульман вмираючій людині, яка не в змозі читати, шахаду читають родичі, щоб останніми словами вмираючого були: «Ля іляха ілляллах» або щоб він їх почув.

У відділеннях інтенсивної терапії та реанімації через відсутність зв'язку, віруючі будь-яких конфесій позбавлені не тільки можливості прощання із близькими перед смертю, а й здійснення обряду духовного покаяння, який є вкрай важливим для того, хто вмирає і для його сім'ї.

Сучасні цифрові технології дають змогу вирішити це питання і не є настільки затратними, щоб не мати їх в арсеналі відділень реанімації та інтенсивної терапії, при тому, що можна просто дозволити пацієнтові скористатися сучасними засобами зв'язку, які йому належать.

Серйозну увагу варто приділяти психологічному і фізичному стану родичів пацієнтів, які виявляються не тільки в складній ситуації, пов'язаній із величезними фінансовими витратами на лікування своїх близьких, але й з інформаційним вакуумом із боку медичного персоналу, який практично ігнорує бажання родичів хворого цілком законно дізнатися про реальний стан здоров'я близької людини, а не слухати загальні фрази медперсоналу, які можна трактувати як завгодно. Як наслідок, родичі вмираючих пацієнтів взагалі виявляються позбавленими елементарної можливості попрощатися зі своїм близьким, тим самим залишаючись із думками про те, що рідна людина страждала, вмираючи на повній самоті.

Треба розуміти, що це, в свою чергу, створює додаткове стресове навантаження на психіку родичів померлого пацієнта, що позначається на їхньому психічному і фізичному здоров'ї і, в подальшому, здатне призвести до високого ризику смерті та інвалідизації. Отже, суспільство може зіткнутися з проблемою інвалідизації населення у найширшому сенсі цього слова і небезпекою різкого скорочення працездатного населення країни, що неминуче негативно позначиться на економічній і соціальній стабільності держави.

Наявність альтернативи і вільного вибору людини, є невід'ємною частиною кожного цивілізованого вільного суспільства. За даними газети «The Mirror», 3-го січня у Лондонській клініці 76-річна пацієнтка Марія Ріко, яка вмирала від COVID-19, добровільно відмовилася від ШВЛ, повідомивши, що втомилася від лікування, заради того, щоб попрощатися зі своїми близькими [11]. До останнього вона тримала за руку свою 48-річну доньку, яка теж перебувала на стаціонарному лікуванні і лежала в одній палаті зі своєю матір'ю [13].

В Індії, за розпорядженням гендиректора служби охорони здоров'я (DGHS) Раджива Гарга, тяжкохворих пацієнтів забезпечують планшетами і телефонами для зв'язку з рідними [3].

У Великобританії також дозволяється родичам вмираючих пацієнтів прощатися по відео або аудіозв'язку [9]. Це і є найвища форма гуманності в розвиненому людському суспільстві по відношенню до своїх громадян. Невідомо, скільки ще доведеться жити людству в умовах пандемії, тому рішення, спрямовані на боротьбу з COVID-19, повинні зважати на інтереси всіх верств населення.

Необхідно розуміти, що наслідки коронавірусу можуть торкнутися не тільки тих, хто їм перехворів, а й тих, хто буде жити зі своїми близькими, постраждалими від руйнівної дії вірусу та тих, хто втративши рідних, а часом і

цілі сім'ї, повинен буде зберегти психологічну і фізичну стійкість, працездатність та соціальну активність.

Найважливішим принципом біоетики є принцип справедливості, який передбачає надання допомоги хворому незалежно від його статі, віку, расової та національної приналежності, соціального й матеріального становища, політичних переконань, віросповідання та особистих переваг лікаря, а також рівний доступ усіх груп населення до отримання медичних послуг.

Основною цінністю кожної держави, в першу чергу є людські ресурси. Тільки серйозне, виважене ставлення до вирішення питання фізичного, психічного та психологічного збереження трудового населення в умовах пандемії дадуть змогу зберегти ту необхідну рівновагу в соціумі, без якої будь-яка нація може бути поставлена на межу власного існування.

---

---

## ЛІТЕРАТУРА

1. Бугайова Н. М. Вплив пандемії COVID-19 на психічне здоров'я. Theoretical and practical edition Ukrainian scientific medical youth journal. Journal's indexing: Google Scholar, Index Copernicus, WorldCat Oclcinterdepartmental scientific and practical conference «COVID-19: forensic-medical and legal aspects». *Ukrainian scientific medical youth journal*, 2020, Special Issue 3 (118). P.15-17.

2. Израильская больница разрешает проститься с умирающими от коронавируса. ISRAland. 22.04.2020. URL: [http://www.isra.com/news/244360?fbclid=IwAR0dDXeOD8\\_50l5UKy945EZ0IHleZKHUICfSlh5KN8EQcet8YJW11zhH9q4](http://www.isra.com/news/244360?fbclid=IwAR0dDXeOD8_50l5UKy945EZ0IHleZKHUICfSlh5KN8EQcet8YJW11zhH9q4)

3. Медики нашли способ пообщаться семьям с COVID-пациентами. Mixnews, 29.10.2020. URL: <https://mixnews.lv/v-mire/2020/10/29/mediki-nashli-sposob-poobshhatsya-semyam-s-covid-pacizientami/>

4. Наказ МОЗ України №592 від 15.06.2016. Відкриті "реанімації": Як скористатись своїм правом і підтримати пацієнта у відділенні інтенсивної терапії. 9.04.2019. МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/article/health/vidkriti-reanimacii-jak-skoristatis-svoim-pravom-i-pidtrimati-pacienta-u-viddilenni-intensivnoi-terapii?fbclid=IwAR2Ilg6n2X9fP7FE8aAXg48QDI0yBvG5b70U6XEoqY2kGW M92fYCow7ueJY>

5. Тікають в інші установи: 3 "коронавірусної" лікарні Полтави масово звільняється медперсонал. *Патріоти України*, 09 квітня 2020. URL: <https://patrioty.org.ua/society/tikaiut-v-inshi-ustanovy-z-koronavirusnoi-likarni-poltavy-masovo-zvilniaietsia-medpersonal-323309.html>

6. Alireza Fotouhi Ghiam, Alireza Hashemi, Samira Taban, Mohammad Reza Bordbar, Mehran Karimi. Beta Thalassemia Minor as a Risk Factor for Suicide and

Violence: A Failure to Replicate Psychology, 2010, 1. P. 17-21, doi:10.4236/psych.2010.11003, April 2010.

7. Almeida-Montes L. G., Valles-Sanchez V., Moreno-Aguilar J., Chavez-Balderas R.A., Garcia-Marin J. A., Cortes Sotres J. F., Hheinze-Martin G. (2000). Relation of serum cholesterol, lipid, serotonin and tryptophan levels to severity of depression and to suicide attempts. *J. Psychiatry Neurosci.* 25, P. 371–377.

8. Andres F Correa-Palacio, Daniel Hernandez-Huerta, Jorge Gómez-Arnau, Carmen Loeck, Irene Caballero. Affective psychosis after COVID-19 infection in a previously healthy patient: a case report. 2020 URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32512352/>

9. Coronavirus: Britons saying final goodbyes to dying relatives by videolink. Haroon Siddique and Sarah Marsh. *The Guardian*, 24 Mar 2020. URL: <https://www.dailymail.co.uk/news/article-9127737/Daughter-shared-mothers-final-hours-reveals-desperate-Covid-battle.html>

10. COVID-19 – ethical issues. A guidance note. British Medical Association. 02 April 2020. URL: <https://www.bma.org.uk/media/2226/bma-covid-19-ethics-guidance.pdf>

11. Covid-stricken mum and daughter hold hands in intensive care – 24hrs before mum dies. Grace Macaskill. *Mirror*, 3 JAN 2021. URL: <https://www.mirror.co.uk/news/uk-news/harrowing-final-photo-covid-stricken-23253257>

12. Christian M. D., Sprung C. L., King M. A. и др. сортировка: уход за тяжелобольными и ранеными во время пандемий и катастроф: заявление о консенсусе грудной клетки. *Chest* 2014;146:e61S–74S. doi:10.1378/chest.14-0736

13. 'I held my dying mum's hand as we both fought for life'. Helen Weathers for the *Daily Mail*, 8 January 2021. URL: <https://www.dailymail.co.uk/news/article-9127737/Daughter-shared-mothers-final-hours-reveals-desperate-Covid-battle.html>

14. 'I held her hands until she passed away then watched her heart rate hit zero': Intensive care nurse, 42, who spends the final moments with dying patients, gives stark personal account from the frontline'. Ed Riley. *Dailymail*, 21 April 2020. URL: <https://www.dailymail.co.uk/news/article-8240363/Intensive-care-nurse-tells-job-switching-ventilators-Covid-19-patients.html>

15. Leo Sher. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*, Publication: 30 June 2020, 707–712. doi: 10.1093/qjmed/hcaa202 Advance Access

16. Mario Gennaro Mazza, Rebecca De Lorenzo, Caterina Conte, Sara Poletti et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. 2020 Oct;89:594-600. DOI: 10.1016/j.jbbs.2020.07.037 Epub 2020 Jul 30. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32738287/>

17. Minder R., Peltier L. Virus Knocks Thousands of Health Workers Out of Action in Europe. *The New York Times*. Published March 24 2020, URL: <https://www.nytimes.com/2020/03/24/world/europe/coronavirus-europe-covid-19.html>

18. Pagel C., Utley M., Ray S. Covid-19: How to triage effectively in a pandemic. *The BMJ (British Medical Journal)*. URL: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/03/09/covid-19-triage-in-a-pandemic-is-even-thornier-than-you-might-think/>
19. Raccomandazioni di Etica Clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione. *SIAARTI*. URL: [https://www.flipsnack.com/SIAARTI/siaarti\\_-\\_covid19\\_-\\_raccomandazioni\\_di\\_etica\\_clinica\\_-2/full-view.html](https://www.flipsnack.com/SIAARTI/siaarti_-_covid19_-_raccomandazioni_di_etica_clinica_-2/full-view.html)
20. Ragolsky M., Shimon H., Shalev H., Weizman A., Rubin E. (2013). Suicidal thoughts are associated with platelet counts in adolescent inpatients. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* 23, 49-53.
21. Schwirtz M. Nurses Die, Doctors Fall Sick and Panic Rises on Virus Front Lines. *The New York Times*. Published May 5, 2020. URL: <https://www.nytimes.com/2020/03/30/nyregion/ny-coronavirus-doctors-sick.html>
22. Utley M., Pagel C., Peters M.J. et al. Does triage to critical care during a pandemic necessarily result in more survivors? *Crit Care Med.* 2011. 39. P.179-83. doi:10.1097/CCM.0b013e3181fa3c3b



## **УЯЗВИМОСТЬ ПАЛИАТИВНОГО ПАЦИЕНТА В КОНТЕКСТЕ ПАНДЕМИИ COVID-19. БИОЭТИЧЕСКИЙ ПОДХОД**

**И. П. Банарь, В. И. Ожовану, В. П. Кожокару**

*Государственный Университет Медицины и Фармации*

*им. Николая Тестемицану*

*г. Кишинев*

Концепция «уязвимости» в медицинской практике является актуальным подходом, особенно в условиях пандемии Covid-19. Она приобретает контекстуальные особенности, зависящие от социокультурной системы, политических тенденций в области здоровья, экономических ресурсов, выделяемых для здоровья, от окружающей среды, а также от способа восприятия реальности и чувств человека, от соответствующей медицинской области.

В целом преобладает убеждение, что уязвимые люди нуждаются в особом внимании, заботе и защите. Однако из-за различных значений и интерпретаций понятия, существующих в научной литературе, определение уязвимости и уязвимых групп оказалось более трудным, чем мы ожидали. Это выступает как теоретической, так и практической проблемой.

В теоретическом смысле данная неоднозначность порождает позиции с недостаточными и несовершенными характеристиками. Хотя признано, что это понятие имеет широкую сферу применения, его сложно зафиксировать и придать определенные особенности формам проявления уязвимости.

Эта неопределенность связана с тем, что уязвимость многообразно появляется в сферах общественной жизни, а узкопрофессиональное ограничение может стать неудовлетворительным вариантом, особенно, если возникают новые формы нерегулируемых экстеризаций, которые не адаптируются или не прописаны нормативно.

Примером может выступать паллиативная деятельность в контексте пандемии Covid-19. Традиционные действия, снижающие вероятность уязвимости в паллиативной деятельности, вряд ли могут быть оправданы в ситуации, созданной пандемией, соответственно требуется новый анализ или обновление применяемой концепции. В то же время, на фоне теоретической неопределенности, на практическом уровне становится трудно обеспечить паллиативному пациенту необходимую помощь и защиту.

Возникает вопрос: какую форму должна принимать палиативная забота и защита [1] в контексте эпидемиологических ограничений.

В частности, жизнь некоторых паллиативных пациентов зависит от доступа к медицинской помощи, скорости развития патологического процесса, безопасности и уверенности в методах палиативного лечения и т. д.

В свою очередь, в случае онкологического больного, нуждающегося в госпитализации, текущие условия жизни зависят от того, как быстро пациент приспособится к необычной среде больницы, к распорядку дня, не установленному самим пациентом, к отсутствию семьи, людей, предоставляющих духовные и психологические консультации, а также – от медицинской команды и институциональных ограничений. И, наконец, что не менее важно, атмосфера взаимоотношений между врачом и пациентом представляет собой основу, процесс и результат качества жизни пациента [2].

Все эти контексты тонко раскрывают формы уязвимости, если ожидания испытуемых не соответствуют реальности или ситуации.

На первом этапе болезнь пациента, его психическая чувствительность, информация, полученная от врача о его здоровье, могут создавать различные формы уязвимости пациента.

На втором этапе возникает уязвимость врача, которую он преодолевает с помощью профессиональных, моральных и коммуникативных навыков. Она предполагает переутомление, длительный рабочий график из-за нехватки медицинских ресурсов, одержимость совершенством, низкую сопротивляемость стрессу и т. д., что приводит к возникновению синдрома *выгорания* (*burnout*) и влияет на личность врача, становящегося также физически и психически уязвимым при взаимодействии с пациентом.

Однако уязвимость врача также отражается на качестве паллиативной помощи. В медицинской деятельности анализ концепции уязвимости предполагает двойной внутренний подход:

*с одной стороны* – включение различных форм и уровней уязвимости людей, участвующих в лечебном процессе (пациента и медицинского работника),

*с другой* – создание необходимых способов, предусматривающих их защиту с помощью специальных мер [3].

Таким образом, предмет уязвимости в медицинской практике становится сложной темой, хотя она часто обсуждается, но не полностью определена, что может привести к определенной стигматизации и маргинализации.

В то же время термин «уязвимый» требует ответственного использования, с теоретической точки зрения – уделение внимания общему значению, затем – моральному значению (чтобы не навредить), и, наконец, что не менее важно, – профессиональному контексту, чтобы установить практические границы.

Из-за различных значений и интерпретаций, существующих в обществе, создающих концептуальную неопределенность, мы фокусируем исследовательский интерес на включении биоэтики в анализ уязвимости паллиативных пациентов, руководствуясь необходимостью создания ее более целостного образа со специфическими реальными возможностями для применения в паллиативной деятельности.

Более того, биоэтические критерии, используемые в рассмотрение предмета уязвимости в медицинской деятельности, часто связаны со степенью *автономии пациента, принципами благотворительности, непричинения вреда, достоинства, честности и справедливости* [4].

В паллиативной деятельности применение принципа уязвимости приводит к более широкому спектру понимания ситуаций, проблем, во много зависящих от физических, психических и социальных особенностей паллиативного пациента.

Соответственно, применение биоэтических постулатов в паллиативной практике предполагает более широкую интерпретацию характеристик уязвимости, существующих в паллиативной помощи.

Известно несколько форм уязвимости паллиативного пациента:

1) коммуникативная уязвимость, определяемая преимущественно болью и чувствами пациента, которые также являются важными элементами соматической и духовной картины;

2) уязвимость при принятии решений, возникшая в контексте различных моральных дилемм терминального пациента;

3) социальная уязвимость, связанная с семейными и профессиональными отношениями, меняющимися по мере прогрессирования болезни;

4) институциональная уязвимость, характеризующаяся зависимостью от власти и интересов других лиц или учреждений;

5) уязвимость, вызванная экономическими ограничениями [5; 6] и др.

Перечисленные формы уязвимости предполагают применение перечисленных выше биоэтических принципов, а теоретическое содержание (принципы), которое их характеризует, формирует моральные императивы для междисципли-

лиментарной группы по лечению паллиативного пациента. Применение императивов дает положительные результаты в уходе за пациентом и уменьшает степень его уязвимости.

Однако пандемическое появление вируса SARS-Cov-2 ознаменовало появление паллиативной активности нового характера. Так, после объявления ВОЗ о чрезвычайном положении в области общественного здравоохранения 30 января и 2 февраля 2020 г. была созвана Чрезвычайная национальная комиссия по общественному здравоохранению, которая изучила эпидемиологическую ситуацию в отношении пандемической передачи SARS-Cov-2 и установила ряд противоэпидемических мер в отношении передачи инфекции Covid-19.

Постепенно ряд ограничений вводится на всей территории Республики Молдова [7; 8; 9].

Эти меры также повлияли на оказание паллиативных услуг как в домашних условиях, так и в больнице. Более того, формы проявления уязвимости паллиативного пациента также были усилены. Другими словами, система здравоохранения не была готова к борьбе с эпидемическими условиями, что привело к принятию массовых и чрезмерных мер предосторожности, истощающих человеческие, медицинские и материальные ресурсы, ориентирующие их в одно направление, стигматизирующие граждан, дискриминирующие пациентов с другими заболеваниями (особенно хроническими и онкологическими) [10].

Посещение родственниками палат паллиативной помощи или мест для домашних изоляций было ограничено или вовсе прекращено. Данные действия увеличили коммуникативную уязвимость и уязвимость при принятии решений.

Меры, касающиеся ограничений услуг духовных, моральных и психологических консультантов, увеличили социальную уязвимость. Медицинский работник стал единственным специалистом, которому пришлось иметь дело с целым набором уязвимостей, характерных для паллиативного пациента.

Медицинский персонал отделений паллиативной помощи сообщал о тяжелых ситуациях. Были ситуации, когда медсестры самостоятельно и за свой счет проводили видеовстречи с родственниками пациентов, потому что палаты технически не были оборудованы.

Были случаи, когда пациенты обращались за религиозной помощью в конце жизни или нуждались в психологической и духовно-нравственной консультации, но не могли их получить.

Было много сообщений о духовных и моральных травмах в семье, и наиболее распространенным выражением было: «Я не могу представить, что мой отец или мать, дочь или сын умирают, не будучи со мной».

Кроме того, были моменты, связанные с долгосрочными и краткосрочными институциональными решениями, дезинформацией в СМИ, профессиональными крайностями и т. д. Все эти события в течение года заставили обратить внимание на то, как следует перестраивать механизм применяемых действий в отношении моральных ценностей, биоэтических принципов паллиативных отношений между врачом и пациентом.

Особенно важен подход к вопросам уязвимости некоторых категорий заключенных, состояние здоровья которых в тюремной среде усиливает потенциал существующих проблем. Одновременно с тем, что человек бессилен перед испытаниями для своего здоровья, ограничение свободы усиливает уязвимость.

Установление окончательного диагноза влияет на психоэмоциональное состояние заключенного, особенно когда его бросает семья. Такая ситуация усложняет лечебный процесс.

Увеличение числа неизлечимо больных осужденных объясняется также ростом серьезных патологий, несоблюдением режима лечения и социально-духовными условиями, существующими в данных учреждениях.

Среди пациентов сектора паллиативной помощи есть категория маргинализированных людей, имеющих в анамнезе семейные травмы, наркоманию и находящихся в конфликте с тюремными властями и обществом в целом.

Согласно международным стандартам применяется специальный протокол лечения в отделениях психиатрической и паллиативной помощи в тюрьмах, ориентированный на духовное консультирование, которое оптимизирует медикаментозное лечение.

Духовная помощь в учреждениях паллиативной помощи требует индивидуального подхода, который включает разработку эффективных стратегий лечения для каждого пациента, а также избежание депрессий и отказа от лечения.

Были выделены несколько этических принципов, лежащих в основе духовного консультирования в процессе паллиативной помощи: привлечение большего внимания к заключенному; рассмотрение больного как личности; соблюдение необходимости заключенного больного быть услышанным; забота с помощью любви и понимания страданий; внедрение всестороннего подхода к паллиативной помощи.

Забота о паллиативном пациенте с любовью и пониманием страданий позволит обеспечить качество человеческой жизни в любых условиях и обстоятельствах. В пенитенциарной среде многие неизлечимо больные заключенные испытывают одиночество, и ценной терапией в этом контексте будет способность группы паллиативной помощи показать, что они любят больного.

Духовное консультирование неизлечимо больных заключенных предоставляется в равной степени всем больным, независимо от религии или пола, этнической принадлежности или социального класса, независимо от строгости гражданского или уголовного наказания. Для категории неизлечимо больных любовь определяется состраданием. Для этого духовный консультант должен найти время, чтобы как можно ближе общаться с ним.

Как независимое явление, страдание не имеет смысла. Оно ни на что не опирается, даже на искупительный акт. Только когда страдание обретает нюансы и помещается в провидение и любящие руки Бога, оно может иметь окончательное значение и ценность.

Принцип всеобщего подхода к паллиативной помощи лежит в основе духовно-человеческой антропологии. Этот принцип способствует целостному подходу к неизлечимо больным, таким образом, исцеление души ставится выше физического и психического, но в любом случае психосоматическое исцеление не может быть в ущерб исцелению души. С этой точки зрения «святость» и «качество жизни» следует рассматривать как взаимодополняющие.

Духовное консультирование заключенных на финальном этапе жизни, связанное со святостью и ее качеством, обычно основывается на следующем убеждении: заключенный склонен воспринимать человеческую жизнь по своей природе как священную, имманентно хорошую, заслуживающую уважение и защиту. Этот постулат подчеркивает ценность жизни, которая не становится зависимой от каких-либо условий или атрибутов.

С другой стороны, все человеческие жизни имеют одинаковую ценность, независимо от времени развития, от зачатия до смерти.

С точки зрения христианской философии, истинная святость человеческой жизни заключается больше в человеке, чем в простом факте физического существования, с этой точки зрения исключается противоположность между терминами «святость жизни» и ее «качество» – оба являются взаимодополняющими от начала до конца человеческой жизни.

В консультировании применяются методы общего духовного диалога. Это формирует благоприятное основание для доверия духовному помощнику. В

пенитенциарной среде сохраняется общая проблема, не решенная даже в развитых странах Европы: недоверие к неизвестному человеку.

На сегодняшний день не существует стандарта духовной и нравственной оценки задержанного, характеризующегося уязвимостью и страданиями.

Отсутствуют стандарты оценки духовного и морального статуса осужденного. Однако качественная духовная консультация определяет и разрабатывает механизмы повышения духовно-нравственного уровня заключенного.

Таким образом, пенитенциарная медицина характеризуется постоянным состоянием уязвимости у пациентов, содержащихся под стражей, пациентов с разнообразным спектром заболеваний по типологии и тяжести их проявления. Конфигурация теоретических и практических проблем социальной биоэтики будет способствовать эффективному применению духовного консультирования неизлечимо больных заключенных.

Это не только внесет определенный вклад в улучшение качества жизни, но и ослабит чувство социальной покинутости, которое неизменно испытывает неизлечимо больной пациент в пенитенциарной среде.

В контексте вышеизложенного, в нынешнем пандемическом контексте мира существуют этические и биоэтические дилеммы, связанные с системой здравоохранения и обществом, в том числе дилеммы: распределения медицинских ресурсов; уважения к возможности пациента самостоятельно принимать решения; прав на самоопределение, прав на неприкосновенность частной жизни или свободы морального выбора; управления осознанным согласием и особыми потребностями неизлечимых пациентов; вовлечения пожилых людей, пациентов с ограниченными возможностями, людей, живущих с хроническими заболеваниями, в систему оказания медицинской помощи; решения проблем дискриминации и последствий структурного и социального неравенства [11].

При таком подходе возникает вопрос: как биоэтические критерии применяются в контексте уязвимости паллиативного пациента, усиленной ограничениями пандемии Covid-19? Выше отмечалось, что важной вехой в этом смысле являются принципы биоэтики [4].

В то же время мы должны упомянуть, что если в обычных медицинских отношениях профессиональные решения биоэтического характера касаются вопросов относительно пациента и/или ограниченной группы пациентов, то в случае пандемии опасность распространяется на общество в целом. Соответственно, применимость этих принципов в медицинской деятельности меняет

акценты, отправную точку принятия решений. Таким образом, можно ли уважать автономию паллиативного пациента в контексте пандемии?

Ответ – да, только акцент делается на спорах о взаимоотношениях по поводу обязательств и ответственности, а не на правах и свободах. В этом смысле на коммуникативном уровне медицинский работник будет подчеркивать приоритет общего блага по отношению к индивидуальной автономии потому, что общее благо также влияет на него.

Принцип благотворительности и его применимость в лечебном процессе основаны на идее о том, что «любое благо включает в себя два действующих лица: один делает это (мы можем назвать его моральным агентом, то есть врачом), а другой его получает (его можно назвать бенефициаром, то есть пациентом). Поскольку «достижение добра силой» – это иллюзия, все начинается с понимания контекста и сотрудничества между сторонами, в условиях пандемии это воспринимается наиболее глубоко, чем в других ситуациях.

Чем бенефициары добра более склонны к сотрудничеству, тем выше эффективность усилий моральных действий, направленных на то, чтобы творить добро. Но такое поведение требует образования и обучения и для его достижения (что можно рассматривать как спецификацию, контекстную настройку) мы можем думать о правиле взаимности, гласящим, что необходимо предпринимать действия для устранения условий, вызывающих конфликт принципов, с максимальным соблюдением базовых моральных ценностей» [12, С. 25-26].

Что касается принципа справедливости, в основном в паллиативном лечении, он выступает, скорее, как моральная дилемма в контексте паллиативного пациента, потому что в условиях пандемии Covid-19 междисциплинарная деятельность для паллиативных пациентов ограничена. С другой стороны, больше человеческих ресурсов и компонентов медицинской инфраструктуры перенаправляются на потребности обслуживания пациентов с COVID-19.

Опыт пандемии показал, что медицинский работник паллиативной помощи нуждается в хорошей биоэтической подготовке и твердых моральных убеждениях, которые позволят ему в экстремальных ситуациях справляться с духовными и моральными проблемами по отношению к пациенту и его родственникам.

Анализируя вышесказанное, мы можем указать на тот факт, что текущая ситуация с медицинской деятельностью, созданная пандемией COVID-19, подчеркивает ряд неопределенностей в отношении сложности проявлений вируса SARS-CoV-2.



В этом случае выявляется ряд недостатков в глобальной и местной системах здравоохранения в отношении антикризисного управления, что фактически свидетельствует о том, что медицинские учреждения не были подготовлены к решению эпидемических проблем.

Мы можем поддержать то, что Ингар Перссон и Джулиан Савулеску заявили в 2012 году «Не адаптировано для будущего» [13]. Соответственно, перефразируя, можно сказать, что основы врачебной деятельности не были адаптированы к тому будущему, которое сейчас стало настоящим. Хотя в определенных обстоятельствах этот вывод не может быть оправдан.

Часто мы сталкиваемся с нетранспарентностью, минимумом правды, особенно когда мы говорим о системе здравоохранения, больше всего пострадавшей от пандемии. Данный вывод предполагает необходимость определения ряда целей для будущих исследований. В то же время они должны включать перспективу решения наиболее видимых и серьезных проблем, стоящих перед человечеством сегодня: почему мы такие, какие мы есть, и какими мы должны быть? Почему медицинская система так сложилась и что нужно сделать, чтобы стала подготовленной? Ответ на эти вопросы требует, чтобы и наука в целом, и медицина в частности, «сотрудничали» с этикой/биоэтикой и многими другими дисциплинами [13, с.10], биоэтика составляет моральный контекст принятия решений как индивидуально, так и социально в сфере человеческой деятельности. В частности, кризис общественного здравоохранения в контексте пандемии Covid-19 – это и кризис соблюдения действующих принципов в области здравоохранения, таких как профилактика, меры предосторожности и защита населения, которые связаны с нехваткой медицинских ресурсов в условиях спонтанных и необоснованных массовых мер.

Переход от традиционной медицинской помощи, ориентированной на пациента, к медицинской помощи, ориентированной на общественное здравоохранение, может изменить справедливую оценку соотношения риска и пользы для сообщества и индивидуального риска и пользы для неизлечимых пациентов.

Замешательство или отсутствие ответов на некоторые моральные проблемы, существующие в паллиативной деятельности, могут вызвать страх, тревогу и негативные эмоциональные состояния в отношениях между командой паллиативной помощи и пациентом.

Таким образом, подтверждается необходимость активизации междисциплинарных обсуждений в процессе принятия моральных решений паллиативной деятельности в период пандемии.

---

---

## ЛІТЕРАТУРА

1. Reynolds J. M. Renewing Medicine's basic concepts: on ambiguity. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. 2018, vol. 13(8). URL: <https://peh-med.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13010-018-0061-4>
2. Boldt J. The concept of vulnerability in medical ethics and philosophy. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*. 2019. vol. 14(6). URL: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13010-019-0075-6#Bib1>
3. Hurst S. A. Vulnerability in research and health care; describing the elephant in the room? *Bioethics*. 2003, vol.22(4), P.191-202. DOI:0.1111/j.1467-8519.2008.00631.x.
4. Beauchamp, T.L, Childress, J.F. Principles of biomedical ethics. 7th Edition. New York and Oxford: Oxford University Press, 2013. 480 p.
5. Fineman, M.A. The vulnerable subject: anchoring equality in the human condition. *Yale journal of law and feminism*. 2008, vol. 20 (1), P. 8-40. URL: <https://digitalcommons.law.yale.edu/yjlf/vol20/iss1/2>
6. Fineman M.A. Vulnerability in Law and Bioethics. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2019, vol. 30 (4), p. 52-61.10.
7. Ordinul nr. 264 din 13.03.2020 cu privire la sistarea internărilor programate. Instituții Medico-Sanitare Publice. URL:<https://msmps.gov.md/legislatie/covid-19/ordine/>
8. Ordinul nr. 388 din 10.04.2020 cu privire la prevenirea și controlul Covid-19, în instituțiile medico-sanitare și rezidențiale cu îngrijiri pe termen lung. URL: <https://msmps.gov.md/legislatie/covid-19/ordine/>
9. Ordinul nr. 946 din 15.10.2020 cu privire la executarea ordinului MSMPS, nr. 388 din 10.04.2020 Privind prevenirea și controlul COVID-19. *Instituțiile medico-sanitare și rezidențiale cu îngrijiri pe termen lung*. URL: <https://msmps.gov.md/legislatie/covid-19/ordine/>
10. Astărăstoae V. Criza sănătății publice. URL: <https://astarastoe.wordpress.com/2021/01/27/criza-sanatatii-publice-i/>
11. Rubanovici L., Rusnac, D. Careva provocări bioetice ale sistemului de sănătate în pandemia Covid-19. *Sănătatea, Medicina și Bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare: materialele conferinței științifice internaționale/Red. resp.V.Ojovanu, Chișinău, 6-7 nov. 2020, Chișinău: Print Caro, 2020, P.79-87.*
12. Leabu M. Bioetica în context pandemic. Despre principiism în acțiune. *Sănătatea, Medicina și Bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare: materialele conferinței științifice internaționale / Red. resp. V.Ojovanu, Chișinău, 6-7 nov. 2020, Chișinău: Print Caro, 2020, P. 22-31.*
13. Persson I., Săvulescu J. Neadaptări pentru viitor: nevoia de bio-ameliorare morală. București: Editura ALL, 2014. 239 p.

## **АВТОНОМІЯ, ЗГОДА І МЕДИЧНИЙ ПАТЕРНАЛІЗМ: БІОЕТИЧНІ ТА ФІЛОСОФСЬКІ АСПЕКТИ**

**В. В. Березіна**

*Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика  
м. Київ*

*Автономна модель* легалістичних і конфронтаційних взаємин лікаря і пацієнта зазвичай розглядається як антитеза *патерналістській моделі* довірливих відносин між лікарем і пацієнтом. Метою статті є показати, що вони перебувають у творчому конфлікті як протилежності, кожна з них має свої сильні й слабкі сторони.

Автономна модель з її егалітаризмом виникла як інституалізоване рішення проблеми асиметрії влади і контролю, яка веде інколи до зловживань довірою і навіть до насильства. Біоетика надає процесуальні рішення, а саме: в основі соціальної взаємодії лікаря і пацієнта має бути розумна довіра, підкріплена моральним правилом інформованої згоди.

Однак відкритим залишається питання герменевтичної настанови, або емпатії, у біоетичній комунікації. З одного боку, маємо прийняття вимоги автономії лікаря і пацієнта, з іншого – кризу довіри між ними, редукування навичок комунікації до рівня інструментальної взаємодії, домінування раціонально-пізнавального ставлення лікаря до пацієнта над традиційним ціннісно-емоційним. В. Стемпсі зазначає, що стереотип лікаря змінився із доброї і турботливої людини на байдужого технократа або, що ще гірше, на жадібного підприємця [1].

### **Принцип милосердя як основа патерналізму**

Поняття патерналізму є дуже широким. В етимологічному значенні медичний патерналізм – це емоційно позитивне ставлення пацієнта до свого лікаря і, навпаки, лікаря до пацієнта. Воно походить від латинського «*pater*», яке перекладають як «батько», і нагадує ставлення батьків до своїх дітей.

Таким ставленням пояснюється ефект плацебо, коли таблетка є матеріалізованим символом того, що щось робиться для допомоги хворому. Авторитет лікаря і його емпатичне розуміння пацієнта досі є одним із найважливіших неспецифічних факторів терапії.

У давнину вважалося необхідним, щоб перед відвідуванням лікаря хворий перебував у стані «очікування з вірою». Хочемо ми того чи ні, але на успішність лікування, яке проводить лікар, впливає фактор психічної готовності пацієнта. Це пов'язано з деморалізацією, яку відчують всі пацієнти під час хвороби незалежно від симптомів. Звідси зрозуміла їхня потреба знайти когось, кому можна довіритися і на кого можна покластися.

Як зазначає російський біоетик І. В. Сілуянова, в патерналістичній моделі Гіппократа «зразком» зв'язку між лікарем і пацієнтом були кровно-родинні взаємини, для яких характерні позитивні психоемоційні прив'язаності і соціально-моральна відповідальність, а в моделі взаємин «лікар-пацієнт» Парацельса – «цілющість», певна «божественність» самого «контакту» лікаря і пацієнта [2, С. 29]. Згідно з визначеннями В. М. Власової, у першому випадку йдеться про патерналізм моралі, в другому – про релігійний патерналізм [3].

Історично наступний тип патерналізму – лібідозний, автором якого є З. Фройд. За словами І. В. Сілуянової, йдеться про десакралізований, науково пояснений патерналізм, де за допомогою психоаналітичних концепцій «перенесення» і «контрперенесення» осмислюються складні міжособистісні стосунки між лікарем і пацієнтом: «З одного боку, Фройд констатував "цілющий" характер особистої включеності лікаря у лікувальний процес. З іншого, – він говорив про необхідність її максимальної деперсоналізації (з боку лікаря), зокрема і для психоемоційного захисту лікаря, який працює зазвичай одночасно з декількома пацієнтами. Умовою і засобом досягнення деперсоналізації є етичність поведінки лікаря» [2, С.31].

Суперечка між захисниками патерналізму і тими, хто ставить автономію на перше місце, – це суперечка про те, що є важливішим – милосердя чи автономія. Іншими словами, повага до автономії особистості протиставляється бажанню лікаря допомогти пацієнтові. Критики патерналізму вбачають його головну етичну слабкість у запереченні автономії, у перешкоджанні діям або ухваленню рішення іншою особистістю для блага цієї особистості. Патерналізм розцінюють як примусове втручання, обмеження або привласнення свободи дії особистості, зумовлене турботою про її благо [4, С.38-9].

Якою повинна бути комунікація, щоб уникнути надмірного впливу лікаря? Прагнення допомогти має «тіньові» аспекти. Часто лікаря ототожнюють із «рятівником» (комплексом бога), який несвідомо прагне до влади, зловживає владою. Цю проблему детально аналізує відомий швейцарський психіатр та психоаналітик А. Гугенбюль-Крейг у своїй праці «Влада архетипу у психотерапії

та медицині» [5], де під архетипом він розуміє вроджений стереотип людської поведінки.

На його думку, використання влади у медичній професії не несе в собі нічого позитивного. Адже застосування влади пропорційно зниженню ефективності лікування. Однак, прагнення влади краще байдужості.

Розглянемо це на прикладі ставлення лікаря до смерті. Хоча технічні можливості медицини зростають, контроль над тілом має свої межі, зокрема, смертність тіла нікуди не зникла, навіть якщо науковий ідеалізм розглядає її як тимчасову межу, яку колись, в принципі, можна буде подолати. За словами П. Слотердайка, сьогоднішня криза медицини спричинена, зокрема, складними і заплутаними стосунками зі смертю [6, С. 406]. Можна сказати, що уся біоетика – про смерть, бо її проблеми прямо чи опосередковано пов'язані з темою смерті: і евтаназія, і аборт, і трансплантація. Лікарі і судді в своїй практиці вже інакше діагностують смерть («смерть мозку») і різною мірою практикують «терапевтичне завзяття», яке націлене на продовження життя будь-якою ціною, а це все породжує моральні виклики, з якими традиційна медична етика не справляється.

У наш час є можливість підтримувати здоров'я навіть у разі хронічних невиліковних хвороб і під час старіння. Виникає ілюзія могутності людини і безмежності науково-технічного прогресу. Смерть сприймається просто як тимчасова межа можливостей медицини. У такий спосіб лікарі потрапляють в есциентиський дегуманізований ідеалізм, медичний цинізм. Це призводить до морального вигорання як лікарів, так і пацієнтів. Водночас постійна зустріч із хворобами і смертю у професійній діяльності перетворює лікаря на мудреця, він починає практикувати ґрунтовний реалізм по відношенню до смерті, свідоме ставлення до неї, у якому схоплюється крихкість і вразливість тіла, функціонування якого розглядається як процес руху до смерті. Такий гуманістичний реалізм включає визнання, що вся сила і влада йде від тіла, від природних тенденцій життя до самоінтеграції і захисту від болю.

Як бачимо, медична діяльність передбачає екстремальний досвід поєднання протилежностей фізичного здоров'я і фізичної хвороби, життя і смерті. Лікар в повній мірі відчуває ці крайнощі на собі, борючись за пацієнта та відчуваючи власну вразливість до хвороб і смерті. На жаль, не всі з тих, хто стає лікарями, здатні тривалий час переносити напругу співіснування двох полюсів, утримувати протилежності у свідомості, справлятися із невизначеністю і тривогою. Ця подвійна ситуація іманентна самій професійній діяльності лікаря, є її сутнісною характеристикою. Лише усвідомлюючи власну вразливість до хвороб і смерті і у

цьому – ідентичність із пацієнтом, лікар досягає емпатії з пацієнтом, припиняє над ним домінувати і, що найважливіше, вже не потребує більше влади. Моральне зобов'язання принципу милосердя ґрунтується на відчутті чесної гри.

Милосердя («роби добро») є способом забезпечити взаємність у наших стосунках, яка на рівні ідентифікаційних процесів може бути сформульована так: в кожному лікареві є пацієнт, в кожному пацієнті є лікар. Екзистенційний сенс болю і страждання об'єднує, вивищуючи обох співрозмовників над ролями медика і пацієнта.

Однак фундаментальна модель лікаря містить спокусу – витіснити один із полюсів архетипу цілителя і хворого. Лікар намагається шляхом застосування влади ліквідувати це розщеплення. Стосунки, в яких на перший план виходить влада, характерні тим, що суб'єкт прагне перетворити партнера в об'єкт. Поєднання панування і підкорення – ось результат спроби об'єднати розщеплений архетип.

Цей процес також можна описати в контексті проблеми стигматизації. Американський соціолог Е. Гофман визначав стигматизацію («таврування») як процес розколу суспільства, виділення індивідів на підставі деяких відхилень від норми з метою застосування громадських санкцій.

Медицина в такому разі, як своєрідна «медична поліція», виконує функцію соціального контролю населення. Діагноз використовується «як інструмент примусу та спосіб ізоляції і відчуження осіб, котрі не погоджуються пережити себе та реальність зручним для суспільства, загальноприйнятим способом» [7, С. 391]. Прикладами такого патерналізму є примусова вакцинація, примусове лікування від раку та ін.

Беручи участь у здійсненні політики державного патерналізму, лікар, надаючи медичну послугу пацієнту, надає її, по суті, не особистості, а державі, зберігаючи здоров'я як суспільну цінність, беручи участь у «виробництві» здоров'я. Тому спілкування у медичній практиці стає безсуб'єктивним, інструментальним, заснованим на масовому виробництві та централізованому методичному забезпеченні. Як наслідок, комунікація підміняється маніпулюванням та стигматизацією [3, С. 12-13].

Так, наприклад, український психоаналітик Ю. Мединська аналізує соціальну стигматизацію у сфері психічного здоров'я. Вона доводить, що стигматизація психічної хвороби є індикатором незрілості суспільства. Учена застерігає, що ірраціональні підстави стигматизаційних процесів не можуть бути радикально подолані шляхом прямого просвітництва. І пояснює це тим, що божевільні –

живе втілення «смерті розуму» – викликають страх, екзистенційно значущий, ірраціональний, відтак – нездоланий [7, С. 391-393].

В історії людства є приклади фізичного знищення, ізоляції «нерозумних» людей або, навпаки, їх повне толерування, ніби вони нічим не відрізняються від «нормальних». Найбільш гуманними і конструктивними себе зарекомендували стратегії їхньої ресоціалізації та реадаптації, а також забезпечення їм необхідного рівня соціального захисту та опіки з боку решти суспільства.

За Т. Парсонсом, організація охорони здоров'я у сучасних суспільствах має характер «опікунської», для якої характерно, що лікарі перебувають на вищій ієрархічній сходинці, а пацієнти, незалежно від статусу в інших областях, повинні підкорятися авторитету лікаря. Пацієнт, у свою чергу, в своїй ролі приймає на себе певні обов'язки активного сприяння функціонуванню системи, в яку він залучений. Лікар у своїй ролі і на своєму місці легітимізує роль хворого. Роль хворого модифікує усі інші соціальні ролі, суспільство на час хвороби звільняє від відповідальності за них. Наприклад, хворому дозволено (навіть очікується від нього) не ходити на роботу, натомість він зобов'язаний хотіти видужати і усіляко співпрацювати з лікарем [8, С.47].

Т. Парсонс у такий спосіб нормалізує асиметрію влади лікаря і пацієнта. «Опікунська» відповідальність лікуючого ґрунтується на декількох компонентах: *по-перше*, він повинен володіти як загальною культурою, так і спеціальними знаннями і практичним досвідом (з цього складається його компетентність); *по-друге*, лікар повинен мати певну моральну настанову на те, щоб справді бути відповідальною і довіреною особою в області охорони здоров'я (це витікає зі спільної для хворих і лікарів переконаності, що здоров'я – це добре, а хвороба – погано, тобто від спільної ціннісної орієнтації).

В цьому сенсі лікар виконує функцію нормативного соціального контролю. Він має посилювати мотивацію пацієнта боротися із недугою. Пацієнт тут зовсім не пасивний об'єкт впливу, а активний учасник взаємодії, який має спільну мету – видужання. Водночас, як вважає Парсонс, така взаємодія неминуче ієрархічна, і боротися за рівність тут означає серйозно загрозувати усій справі медицини» [8, С. 47-48].

### **Патерналізм як синонім професійності/експертності**

З одного боку, гуманітарні суспільні сфери уґрунтовані на довірі та авторитеті, з іншого боку, людина схильна зловживати своїм авторитетом [9, С. 134]. Є тонка межа між авторитетом і авторитарністю.

Медик постає у ролі авторитета – експерта, який просуває наукове знання на соціальному рівні. Оскільки довіра та авторитет важливі, є асиметричність стосунків.

Інформована згода означає визнання пацієнта суб'єктом, який має справу з суб'єктом-лікарем. Лікар більше не володіє медичним знанням одноосібно, він частково передає його пацієнтові. Так встановлюється симетрія та взаємність у стосунках «лікар-пацієнт» [10, С. 33].

Розглянемо, чому спільний пошук істини, а не пристрасть лікувати має скеровувати терапевтичний процес.

«Суспільство експертів» ґрунтується на спеціалізації. Утім, не можна повністю покладатися на думку іншого, на його авторитет, бо у такому разі руйнується моральна природа стосунків, зникає свобода. Кожен має відповідати за себе сам у питаннях розуміння, оскільки ніхто не має у цьому абсолютної переваги, якими б знаннями він не володів. Та людина є справді експертом, яка усвідомлює власну скінченність і обмеженість своїх проєктів, відкрита до нового досвіду та здатна переглядати власні упередження.

Експерт є носієм певного знання, і як такий має бути вислуханий, але це не означає, що він має більше за інших досвіду і мудрості, він не може знати краще за інших, що правильно, а що ні. У кожному разі, це помилка – залишати за експертом остаточне рішення, останнє слово, забуваючи про власну відповідальність. Така настанова багатьох веде до ерозії здорового глузду, а отже, до ірраціональності та некритичності в поведінці. Ми відмовляємося від свободи волі, коли сліпо покладаємося на думку експерта [11, С. 111-127].

Г. Вульф говорить про «модель радника», гідну слідування, як певний ідеал, але на практиці нереалістичну і етично не прийнятну модель. Згідно з нею, пропонується, щоб лікар пропонував «лише факти» (оперував лише «механічною моделлю хвороби»), не даючи жодних оцінок, пояснював різні варіанти, залишаючи вибір за пацієнтом. На думку вченого, проблема полягає у комплексності клінічного мислення, що робить неможливим відокремлення фактів від ціннісних суджень.

У клінічному мисленні він виділяє біологічний, емпіричний, емпатичний/герменевтичний та етичний компоненти, які не можуть бути об'єднані якоюсь формальною процедурою. Перші два дають змогу спілкуватися із пацієнтом за допомогою наукових термінів, останні два стосуються створення гуманістичної атмосфери. З цього Г. Вульф робить висновок про притаманність патерналізму клінічній практиці [12].



Дж. Розенберг і Б. Тауерс бачать у практиці емпатії передумову добровільної інформованої згоди. Необхідно поєднувати біомедичний аналіз хвороби з емпатичним розумінням пацієнтового досвіду хвороби, лікування із турботою про потреби пацієнта. Суто біологічний підхід часто веде до маніпуляцій рішеннями пацієнта з боку лікаря щодо терапії [13].

Лікар взаємодіє із пацієнтом одночасно на двох рівнях – це світ досвіду нездужання (охоплюється через емпатичне приєднання) та світ фізіологічного діагнозу (симптоми пацієнта, охоплені в структурованому світогляді).

Медичний діагноз виконує функцію ратифікації (надання загальноприйнятих значень) недиференційованого індивідуального досвіду страждання пацієнта.

В той час як етичним стандартом сучасності є цінність рівності в стосунках, рівномірного розподілу влади, важливо в полі зору тримати різні перспективи світу пацієнта і світу лікаря (моральний релятивізм та повага до автономії в біоетиці), які у своїй зустрічі впливають один на одного (інтерсуб'єктивність знання) та дозволяють діяти кожному агенту в межах своєї компетенції (лікар – експерт у сфері наукових медичних знань, пацієнт – у сфері свого досвіду).

Письмо (діагноз у письмовому вигляді) є не менш важливим, ніж усна мова (діалог), тільки перше є зустріччю із об'єктом-біологічним організмом, друге – зустріч двох автономних суб'єктів, лікаря і пацієнта. Тут одночасно присутні щонайменше дві етики – етика науковця і етика клініциста.

### **Автономія, інформована згода в контексті філософії прав людини**

Автономна модель взаємин лікаря і пацієнта передбачає мораль автономії – мораль співпраці та взаємності, взаємоповаги та солідарності. Вона протиставляється моралі авторитету, гетерономії – моралі примусу та послуху. Саме з моралі автономії, зі співпраці виникає почуття права і безправ'я, почуття справедливості як закону рівноваги суспільних взаємин.

Мораль автономії у царині справедливості веде до розвитку рівності, соцідарності рівних. «Солідарність рівних знов-таки постає як виток сукупності комплементарних і взаємопов'язаних моральних понять, які характеризують розумну настанову» [14, С. 346].

Мораль автономії ґрунтується на концепції прав людини, рівності перед законом як втілення раціонального порядку спільного життя. Йдеться саме про плюралістичний універсалізм у кінцевому рахунку.

Тобто ідея рівності зазвичай ускладнюється у напрямку релятивності, чутливості до винятків.

З одного боку, ідеали моральної автономії і справедливості містять вимогу презумпції розумності співрозмовника та апеляцію до загального людського досвіду як спільного базису для порозуміння і отримання розумної згоди.

З іншого боку, не завжди людина цілком осмислено ухвалює рішення. Може бути багато об'єктивних перешкод для реалізації принципу автономії на практиці. Показовою тут є критика Л. Колберга з боку феміністичної авторки К. Джилліган. Л. Колберг відстоює провідну роль принципу справедливості в моральному житті індивіда.

У теорії моралі Л. Колберга самостійне встановлення людиною законів для самої себе вказує на моральну зрілість людини. Від моралі гетерономії людина протягом життя рухається до все більшої автономії: «на преконвенційній фазі поведінка визначається або авторитетами, або особистими інтересами.

На конвенційній фазі зовнішні авторитети стають внутрішніми, проявляється рольова поведінка, а також взаємодія у рамках існуючих норм, прийнятих в групах. На постконвенційній з'являється орієнтація у спільних для всіх принципах, перш за все, справедливості – людина стає здатною до дискурсу, вона може застосовувати методи обґрунтування норм, перевіряти принципи» [15, С. 26].

Як показують дослідження, жінки, згідно з цією класифікацією, зупиняються на конвенційній фазі. К. Джилліган натомість говорить про рівність принципу справедливості і принципу турботи.

Гендерний підхід просуває фемінні цінності турботи в медицині, протиставляючи її маскулініним цінностям патріархату, таким як індивідуалізм та ринкова логіка, які ведуть до технізації і дегуманізації сучасної медицини. К. Джилліган бачить у теорії Л. Колберга небезпечну переоцінку значення свободи та незалежності індивіда, самостійності його мислення та недооцінку принципу турботи та відповідальності, якому жінки більше надають значення, ніж чоловіки.

З перспективи моделі Л. Колберга, це ознака того, що жінки тяжіють до моралі авторитету, гетерономії і це стримує їхній моральний розвиток у напрямку автономії. Автономна модель взаємин лікаря і пацієнта означає, що правова культура лікаря та пацієнта є основою медичного професіоналізму.

Лікар і пацієнт – рівноправні компетентні сторони. У розвинутих, демократичних, правових державах неінформування пацієнта тягне за собою небезпеку залучення до суду. Як зауважує Б. Поллард [16, С. 800], інтелектуальна спокуса моделі прав полягає в тому, що вона спрощує процес прийняття рішень: рішення

приймає або пацієнт, або лікар. Якщо результат – невдача, цап відпущення вже під рукою.

Відповідно до домінування автономії за будь-яких обставин означає, що звичайні способи людського обміну, які передбачають діалог та обмін, відкидаються. Це погіршує двосторонність, якість та ефективність стосунків між лікарем і пацієнтом і надто мало приділяється уваги тому, наскільки вони є партнерами в підприємстві зцілення.

Переоцінка ролі незалежності обертається взаємною недовірою, відчуженням, руйнуванням зв'язків між людьми. Намагання досягнути повної незалежності у стосунках веде до параної. Тоді інформована згода використовується як захист пацієнта від лікаря, і навпаки, захист лікаря від пацієнта. Недивно, що говорять про кризу довіри між лікарем і пацієнтом у наш час.

За словами соціолога Арлі Хохшильда, спостерігається подвійний дефіцит турботи: в міжособистісних стосунках і на інституційних рівнях. Відсутність турботи описується через метафору глобального похолодання [17, С. 528]. Конкретно ці втрачені цінності знайшли своє втілення в етиці турботи.

Етика турботи (*ethics of care*) належить до альтернативних підходів, вона багато в чому споріднена з феміністичною етикою. Водночас вона подібна і до етики чеснот, оскільки турбота про себе тут розглядається як певна базова чеснота [18, С. 29-30].

Політична та ідеологічна задача етики турботи – просування цінностей турботи, розвиток і виховання практик турботи, визнання турботи як умови існування людини і суспільства, формування переконання людей у необхідності брати на себе відповідальність за турботу про інших членів суспільства і ширше – за всіх істот, які потребують підтримки і не можуть існувати на правах повної автономії. Етика турботи передбачає турботу насамперед по відношенню до соціально незахищених груп. Етика турботи реанімує цінності патерналізму в медицині.

### **Висновки:**

1. Принцип милосердя є основою патерналізму. Прагнення допомогти має «тіньові» аспекти і вимагає зваженого підходу.

2. Патерналізм є синонімом професійності, або експертності. Водночас «модель радника» не вичерпує усієї складності ролі лікаря і є етично неприйнятною.

3. Автономію, інформовану згоду в медицині потрібно розглядати в контексті філософії прав людини. Автономія не втрачає свій гуманістичний потенціал, коли здійснюється у контексті довіри та турботи.

---

---

## ЛІТЕРАТУРА

1. Stempsey W. E. The quarantine of philosophy in medical education: Why teaching the humanities may not produce humane physicians. *Medicine, Health Care and Philosophy*. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1999, no.2, P. 3-4.
2. Силуянова И. В. Биоэтика в России: ценности и законы. М.: «Грантъ», 2001. 192 с.
3. Власова В. М. Реформа здравоохранения в России: микроинституциональный аспект: автореферат дис. кандидата социологических наук. Саратов, 2004. 16 с.
4. Бартко А.Н., Михаловска-Карлова Е.П. Принципы и основные проблемы биомедицинской этики. Ч.2. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы: в 2 ч. М.: ММСИ, 1999. 275 с.
5. Гугенбюль-Крейг, А. Власть архетипа в психотерапии и медицине. СПб.: Б. С. К, 1997. 117 с.
6. Слотердайк П. Критика цинического разума. Екатеринбург: У-Фактория, М.: АСТ МОСКВА, 2009. с. 413.
7. Мединська Ю. Соціальна стигматизація у сфері психічного здоров'я. Паліативно-хоспісна опіка: позамедичні багатовимірні аспекти. 2018. С.390-397.
8. Бартко А. Н., Михаловска-Карлова Е. П. Теория и принципы биомедицинской этики. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы: в 2 ч. Ч.1. М.: ММСИ, 1995. 239 с.
9. Gadamer H.-G. *Autorità e libertà critica. Dove si nasconde la salute* /Ed. it a cura di A. Grieco e V. Lingiardi. Milano: RaffaelloCortina, 1994. P. 127-134.
10. История тела: в 3 т./Под ред. А. Корбен, Ж.-Ж. Куртин, Ж. Вигарелло. М.: Новое литературное обозрение, 2016. Т.3: Перемена взгляда: XX век. 464 с.
11. Gadamer H.-G. *La figura dell'esperto e i suoi limiti*. Gadamer H.-G. *L'eredità dell'Europa*. Torino: Einaudi, 1991. P. 111-127.
12. Wulf Henrik R. The inherent paternalism in clinical practice. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1995, no. 20, P. 299-311.
13. Rosenberg James E., Towers B. The practice of empathy as a prerequisite for informed consent. *Theoretical Medicine*, 1986, no. 7, P. 181-194.
14. Фюрст М., Тринкс Ю. Філософія. К.: ДУХ І ЛІТЕРА, Інститут релігійних наук св. Томи Аквінського, 2018. 544 с.
15. Клаус Д. Хороший врач. Учебник основной позиции врача. М.: Алетея, 2006. 544 с.
16. Pollard Brian J. Autonomy and paternalism in medicine. *The Medical Journal of Australia*, 1993, vol. 159, P. 797-802.
17. Здравомыслова Е. А., Тёмкина А. А. 12 лекций по гендерной социологии: учебное пособие. СПб.: Изд-во Европейского университета в СПб., 2015. 768 с.
18. Ушаков Е. В. Биоэтика: учебник и практикум для вузов. М.: Издательство Юрайт, 2016. 306 с.

### **III. ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ БІОЕТИКИ**

#### **МОРАЛЬ И ГРАНИ БИОЭТИКИ И ПРАВА В НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ**

**И. Е. Мереуца<sup>1</sup>, А. И. Кичук<sup>2</sup>, А. И. Леорда<sup>3</sup>, Л. Д. Полякова<sup>4</sup>**

*<sup>1</sup>Институт физиологии и санокреатологии*

*<sup>2</sup>Национальное агентство по обеспечению качества  
в образовании и научных исследованиях*

*<sup>3,4</sup>Институт физиологии и санокреатологии  
г. Кишинев*

За последние полвека, с момента своего возникновения, биоэтика стала заметным явлением во всем мире. Биоэтика становится актуальной темой для специалистов самых разных областей, преимущественно для философии, социологии, медицины и права. Все более настойчиво утверждают себя междисциплинарные исследования, центральным предметом которых выступает этика живого [22]. Мониторинг научной и инновационной деятельности на всех уровнях, ведение ее в соответствии с национальным законодательством, требованиями европейского исследовательского пространства и этическими принципами, принятыми международным научным сообществом, повышает роль науки в обществе. Этика исследования в этих условиях подтверждает свою приверженность моральной норме, основанной на транспарентности, что облегчает оценку ее воздействия на отдельного человека и на все общество [21].

Соотношение понятий «этика», «мораль» и «нравственность» вызывает множество дискуссий среди специалистов в области этики. Аристотель (IV в. до н.э.) обозначил термином «ethice» особый класс добродетелей характера (мужество, умеренность и др.), отличающихся от добродетелей разума. Римские философы, ссылаясь на Аристотеля, ввели термин «moralitas» (характер, обычай).

В русском языке термин «нравственность» является в целом эквивалентом слов «этика» и «мораль». Но в ходе развития данные термины приобретали различные смыслы, что привело к тому, что этика стала рассматриваться как

наука, а мораль – как предмет изучения этики. Мораль представляет собой внутренние убеждения человека (теория), а нравственность является практической реализацией этих принципов (практика).

В настоящее время деятельность человека, в том числе медицинская и научная, регламентируется двумя базовыми нормами – моралью и правом. Право реализуется через законы, постановления, судебные решения и допускает элемент принуждения (хотя, может быть и результатом внутреннего убеждения), а что касается моральных санкций, то они носят в основном публичный характер (потеря доверия коллег, научного имиджа и др.). С одной стороны, создается впечатление, что правовые нормы более строги и жестки, тогда как моральные правила можно нарушить безнаказанно. С другой стороны, моральный контроль осуществляется достаточно сильно, в том числе и самим человеком, что называют совестью.

Долгое время нормы морали были основным, а нередко и единственным регулятором взаимоотношений врачей и их пациентов, а также определяющим мотивом профессиональной деятельности медиков. И сегодня существует мнение о ведущей роли моральных ценностей в оценке профессиональных поступков медиков. Формирование и развитие биоэтики связано с процессами трансформации традиционной этики, она стала формой критического самосознания научных, профессиональных сообществ. Появление биоэтики определяется, в основном, двумя факторами: научным, представленным появлением новых революционных биомедицинских технологий, а также социальным фактором, который заключается в росте социальной ответственности по отношению к достижениям современной науки [1].

Внимание к проведению медико-биологических исследований со стороны специалистов по биоэтике объясняется риском, сопутствующим этим исследованиям – это риск для здоровья и жизни человека. Проблему риска, которому подвергаются испытуемые в биомедицинских исследованиях, можно назвать одной из основных в ряду связанных с ними этико-правовых проблем. В ходе Нюрнбергского процесса над нацистскими учеными и врачами-преступниками были оглашены свидетельства об особо жестоких экспериментах, проводившихся над заключенными концлагерей.

Так, *Нюрнбергский кодекс* не допускает возможности проведения исследований с участием лиц, которые по тем или иным причинам не могут самостоятельно давать согласие на свое участие [5]. Несмотря на рекомендательный характер документа, его положения нашли свое отражение и развитие в целом

ряде других международных нормативных документов, а также в национальном законодательстве многих стран. Позже, эта и другие этические проблемы, связанные с проведением «исследований на человеке» нашли свое отражение в тексте *Хельсинкской декларации*, которая имеет подзаголовок «Руководящие рекомендации для врачей, проводящих медико-биологические исследования на людях».

Хельсинская декларация дополнительно постулирует требование о том, чтобы все научные эксперименты приносили обществу только благо и ничего кроме блага [9].

Согласно *Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины*, интересы и благо отдельного человека должны превалировать над интересами общества или науки.

Перед началом научного исследования, которое предусматривает вовлечение людей, все участники должны быть информированы о цели и характере вмешательства, а также о его последствиях и рисках.

Лицо, участвующее в исследовании, может в любой момент беспрепятственно отозвать свое согласие. В отношении лиц, не способных дать согласие, медицинское вмешательство должно осуществляться исключительно в интересах такого лица, а в отношении несовершеннолетнего (который не может дать свое согласие по закону) можно осуществлять вмешательство только с разрешения его представителя, органа власти либо лица или учреждения, определенных законом (статьи 17 и 20).

Проведение медицинского вмешательства в отношении совершеннолетнего, признанного недееспособным по закону или не способного дать свое согласие по состоянию здоровья, может быть осуществлено только с разрешения его представителя, органа власти либо лица или учреждения, назначенного законом. Научные исследования в области биологии и медицины осуществляются свободно при условии соблюдения положений настоящей Конвенции и других законодательных документов, гарантирующих защиту человека.

Исследования с участием людей-субъектов исследования проводятся только при соблюдении следующих условий: не существует альтернативных методов исследования, сопоставимых по своей эффективности; риск, которому может быть подвергнут испытуемый, не превышает потенциальной выгоды от проведения данного исследования; проект предлагаемого исследования был утвержден компетентным органом после проведения независимой экспертизы научной обоснованности проведения данного исследования; лицо, выступающее в

качестве испытуемого, проинформировано об имеющихся у него правах и гарантиях; получено четко выраженное, конкретное письменное согласие, которое может быть беспрепятственно отозвано в любой момент.

Исследования с участием людей-субъектов исследования, не способных дать на это согласие, могут проводиться только при соблюдении определенных условий, а в исключительных случаях – в соответствии с требованиями, предусмотренными законом. В некоторых случаях проведение исследований разрешается при соблюдении дополнительных условий. При этом целью исследования является углубление и совершенствование научных знаний о состоянии здоровья человека, его болезни; получение результатов, могущих иметь благоприятные последствия для состояния здоровья как данного испытуемого, так и других лиц, страдающих той же болезнью или расстройством, или находящихся в аналогичном состоянии; участие в данном исследовании сопряжено с минимальным риском или неудобствами для данного испытуемого. Что касается исследований на эмбрионах *in vitro*, то если закон их разрешает, он же должен предусматривать надлежащую защиту эмбриона. Создание эмбрионов человека в исследовательских целях запрещается [3, 8, 17].

В научной литературе широко отражены такие важные для биомедицинской этики темы, как экстракорпоральное оплодотворение и связанные с ним позитивная и негативная евгеника, этические вопросы генетической паспортизации, генетического скрининга, пренатальной диагностики, клеточной и фетальной терапии. Детально рассмотрены этические проблемы клонирования, в том числе и терапевтического.

В связи с клонированием и клеточной терапией обсуждены: этические вопросы работы с эмбрионами, границы допустимого при работе с яйцеклетками человека, проблема лишних эмбрионов при экстракорпоральном оплодотворении, использование фетальных и взрослых стволовых клеток, этические и юридические аспекты, возникающие в связи с конструированием и практическим использованием генетически модифицированных продуктов. Затронуты проблемы справедливого распределения ресурсов в медицине [8, 10].

С целью обеспечения прав и безопасности участников клинического исследования в Республике Молдова созданы независимые этические комитеты. По определению, принятому в Европе [14], этические комитеты – это независимые организации, состоящие из профессиональных медиков и лиц немедицинских специальностей, несущих ответственность за обеспечение защиты прав и здоровья людей, участвующих в исследовании и гарантирующих защиту для



общества в целом. Это общественные объединения, которые занимаются исключительно вопросами этики клинических исследований с участием человека в качестве субъекта. Комитеты по этике являются в настоящее время структурами, в поле зрения которых скрещиваются научные интересы, медицинские факты и нормы морали и права. Комитеты по этике осуществляют функции экспертизы, консультирования, рекомендаций, побуждения, оценки, ориентирования в моральных и правовых вопросах. Они работают для того, чтобы в научных исследованиях были гарантированы все возможные меры предосторожности и нормы безопасности.

Система этических комитетов в Республике Молдове создана по следующему принципу:

- а) национальный этический комитет;
- б) региональные комитеты, юрисдикция которых распространяется на определенную территорию;
- в) местные комитеты, создаваемые при лечебных, научных учреждениях или университетах.

Процесс формирования этических комитетов в Молдове начался в 2002 году, когда первой была организована Национальная комиссия по этике при МЗ СЗ Молдовы, которая в 2006 году была переформлена в независимый Национальный комитет по этике. В этот же период начали создаваться и комиссии по биоэтике во всех республиканских, муниципальных и районных лечебных учреждениях, и в первую очередь в тех, которые являются базами испытания новых методов лечения с участием человека в качестве субъекта исследования.

Совершенствование системы этической экспертизы биомедицинских исследований во многом зависит и от того, как страна, ее государственные органы, общественные формирования, научные сообщества задействованы в различных международных акциях, связанных с обеспечением безопасного развития социума, как они сотрудничают с международными организациями в плане совершенствования научно-исследовательской работы в области биоэтики, в распространении и популяризации биоэтических знаний, в проведении биомедицинских исследований на человеке и животных и т. д.

В Республике Молдова накоплен определенный опыт международного сотрудничества в этом направлении [10].

Большое значение имеет соблюдение правовых рамок и в случае проведения экспериментов на животных. Целесообразность проведения опытов на животных в научных целях не оспаривается, но следует придерживаться такой системы

правил, которая минимизировала бы жестокость по отношению к подопытным животным. Отвечая вышеуказанной цели, в биоэтике есть концепция «трёх R»: *replacement* – приоритет на использование в экспериментах различных частей организма, моделей клеточных структур, компьютерных моделей вместо целого живого существа; *reduction* – минимизация количества используемых в эксперименте животных; *refinement* – улучшение условий эксперимента [7].

Самый старый и наиболее четкий пример медицинского законодательства, принятый с целью регламентации экспериментов на животных – это закон о недопущении жестокого обращения с животными в Великобритании, принятый еще 1876 году. В 1986 году, парламент Великобритании утвердил «Акт о научных процедурах на животных», закон который во многих отношениях считается одним из лучших [13]. Закон регламентирует процедуры, проводимые на животных. При проведении процедур, которые могут вызвать у животного боль, страдания, страх, необходимым является использование анестетиков, анальгетиков и других средств по обезболиванию животного.

Характерной для английского законодательства по использованию экспериментальных животных является система лицензирования. Для того, чтобы получить разрешение работать с экспериментальными животными, частное лицо или учреждение должно получить специальную лицензию.

Законодательство также регламентирует порядок выведения животного из эксперимента – его безболезненного умерщвления; в законодательстве оговариваются условия выращивания животных в питомнике для использования их в научном эксперименте.

Законодательство Швейцарии от 1981 года включает защиту различных животных (домашних, экспериментальных и др.) в одном документе. Его главы посвящены требованиям к условиям содержания животного, подготовке персонала для работы с животными (включая условия получения разрешения на содержание), рассматриваются условия получения разрешения на проведение эксперимента, а также подчеркивается необходимость проведения обезбоживания животного. В случае нарушения правил использования экспериментальных животных накладываются разнообразные санкции: запрещение публикации научных работ, запрещение утверждения диссертаций, выполненных с использованием экспериментальных животных, что является действенной мерой, побуждающих исследователей перестраивать свою работу. Правила положили конец произвольным действиям экспериментатора в отношении животного и определили его ответственность за него. Тем не менее, исследователь имеет права:

использовать животных для научного эксперимента, однако проводить их в государственном учреждении, имеющем экспериментальную базу – виварий, оборудованный соответствующим образом. Необходим также укомплектованный штат лиц, ухаживающих за животными.

Исследователь должен обладать высшим медицинским, биологическим, ветеринарным или зоотехническим образованием; при необходимости применять обезболивание и безболезненное умерщвление; выбирать модель для эксперимента; публиковать результаты научных экспериментальных работ [12, 19].

Что касается этических норм, в современной парадигме знания их можно свести к пяти основополагающим ценностям: универсализму; бескорыстности в научной деятельности и внедрении ее достижений; коллективизму; организованному скептицизму; высочайшему профессионализму (строгое соблюдение профессиональной этики) [6].

Учёный должен следовать принципам научной этики (совокупность официально утвержденных правил) чтобы успешно заниматься научными исследованиями. Перед лицом истины все исследователи равны, и никакие прошлые заслуги не принимаются во внимание, если речь идёт о научных доказательствах.

Что касается требования научной честности при изложении результатов исследования, учёный может ошибаться, но не имеет права подтасовывать результаты, он может повторить уже сделанное открытие, но не имеет права заниматься плагиатом.

Коронавирусная инфекция диктует новую этику, изменяя массовые представления о существующих нормах. Международный комитет ЮНЕСКО по биоэтике (МБК) и Всемирная комиссия по этике научных знаний и технологий (КОМЕСТ) опубликовали совместное заявление для предоставления руководящих указаний директивным органам и информирования общественности об основных этических аспектах, которые необходимо учитывать в ходе глобальной борьбы с пандемией COVID-19.

Эксперты также призывают правительства и международное сообщество принять срочные меры в рамках международного сотрудничества в духе солидарности, подчеркивая ответственность богатых стран за оказание помощи бедным странам. В подобных чрезвычайных ситуациях политические решения должны основываться на научных знаниях и руководствоваться этическими нормами. Следует избегать стигматизации и дискриминации, с тем, чтобы обеспечить принятие эффективных мер в области общественного здравоохранения, в то время как научные исследования и меры в области здравоохранения должны

быть направлены на преодоление политических, географических и культурных различий [23].

События 2020 г. привели к актуализации и наполнению новым содержанием понятия «стигма» в контексте пандемии COVID-19. В этих условиях – это социальный процесс, направленный на исключение тех, кто воспринимается как потенциальный источник болезней и может представлять угрозу для эффективной социальной жизни в обществе.

Вспышка COVID-19, особенно на начальных этапах, спровоцировала стигматизацию и дискриминационное поведение общества по отношению к представителям определенных этнических групп, а также к людям, которых подозревали в инфицировании или в контактировании с носителями коронавирусной инфекции. Стигматизация на почве COVID-19, как и в случае распространения пагубных стереотипов, была обусловлена тем, что люди столкнулись с новой, неизвестной болезнью, вызвавшей растерянность, беспокойство и разнообразные страхи [11].

ЮНИСЕФ и ВОЗ выпустили «Руководство по предупреждению и преодолению стигматизации», предназначенное для государственных органов, СМИ и местных организаций, участвующих в мероприятиях по борьбе с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Эти рекомендации направлены на мероприятия по преодолению проблемы социальной стигматизации. Во-первых, всем средствам коммуникации, включая СМИ, рекомендуется пользоваться формулировками и выражениями, способствующими уважению человеческого достоинства, и четко осознавать влияние информации на общество и на обсуждение проблемы новой коронавирусной инфекции COVID-19.

«Неправильные» слова могут усиливать существующие негативные стереотипы и установки, укрепляя превратные ассоциации между болезнью и другими факторами, способствовать широкому распространению паники и пренебрежению человеческим достоинством заболевших людей. СМИ играют ключевую роль в формировании убеждений и взглядов современного общества, а чрезмерное использование СМИ и социальных сетей разных форм, в условиях изоляции при пандемии, может рассматриваться как основной источник страха, беспокойства и тревоги, что представляет собой опасность для здоровья.

В этих условиях все новости о коронавирусе звучат убедительно, потому что люди находятся в состоянии страха и паники по поводу новой и неизвестной проблемы, они не в состоянии проверять всю информацию на истинность [2]. С другой стороны, социальные сети полезны для охвата большого количества

людей для распространения медицинских знаний при относительно низких затратах. Цифровые технологии, такие как мобильные телефоны и социальные сети, могут играть существенную роль в борьбе с пандемией, позволяя отслеживать, прогнозировать и влиять на распространение болезни и поведение людей. Чрезвычайно важно убедиться, что этические, социальные и политические вопросы, связанные с использованием этих технологий, решаются должным образом. Во вторых, необходимо противостоять стигматизации путем распространения точной информации простым, доступным языком про индивидуальную и групповую уязвимость по отношению к COVID-19, возможности лечения и т.д.

Для этого эффективным может оказаться привлечение социальных авторитетов из разных областей, которых просят сообщить достоверную информацию. Через СМИ эти лица должны продвигать информацию об основных методах профилактики инфекций, симптомах COVID-19 и о том, когда обращаться за медицинской помощью. В третьих, необходимо учитывать, что дезинформация и слухи распространяются быстрее, чем вирусная инфекция, не зря информацию, которая представляет большой интерес, называют «вирусной».

Для предотвращения проблем разного характера, возникших в период пандемии COVID-19, а также в постковидном пространстве, нужна коллективная солидарность и глобальное сотрудничество. Директор фонда «Wellcome» и председатель научно-консультативной группы ВОЗ Джереми Фаррар считает, что есть только одно средство прекратить глобальную пандемию – наука.

С началом пандемии международное взаимодействие в сфере науки стало меняться по нескольким направлениям.

*Во-первых*, произошел переход к онлайн-кооперации по текущим и новым проектам ввиду фактически прекратившейся научной мобильности.

*Во-вторых*, стали активнее использоваться цифровые платформы, онлайн-доступ к данным, публикациям и инфраструктуре.

*В третьих*, изменились приоритеты финансирования – особое внимание стало уделяться научным направлениям, помогающим разрабатывать средства борьбы с коронавирусом. Наконец, потенциально увеличились возможности для развития научной дипломатии. Кроме того, пандемия стала стимулом к развитию единых платформ, где собраны данные наблюдений и экспериментов, открыт доступ к публикациям, экспертизе, научной инфраструктуре. Принцип открытости, прозрачности во всех аспектах стали активно поддерживать и продвигать международные организации, в том числе ЮНЕСКО [4].

С самого начала пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 официальные представители Организации по правам человека и назначенные ООН независимые эксперты подчеркивали важность защиты прав людей. МКБ и КОМЕСТ выделили некоторые жизненно важные этические проблемы с глобальной точки зрения, которые безотлагательно должны быть признаны во всем мире и привести к использованию срочных мер. Как на национальном, так и на международном уровнях политика в области здравоохранения и социальной защиты должна основываться на убедительных научных данных с учетом неопределенностей, существующих во время пандемии и руководствоваться глобальными этическими соображениями. Рекомендуются международные усилия для принятия, насколько это возможно, единых критериев сбора данных о распространении пандемии и ее влиянии.

В кризисной ситуации со многими неизвестными особенно необходим открытый «диалог» между политикой, наукой, этикой и правом. МКБ и КОМЕСТ подчеркивают, что политика, не основанная на надежных научных знаниях и практиках, неэтична, поскольку она препятствует усилиям по выработке общего ответа на пандемию.

Пандемии четко демонстрируют сильные и слабые стороны систем здравоохранения в разных странах, а также препятствия и неравенство в доступе к медицинскому обслуживанию. Способ распределения ресурсов в сфере здравоохранения и недостаточный доступ к медицинскому обслуживанию являются ключевыми для многих проблем. Политический выбор на макроуровне неизбежно влияет на распределение ресурсов на микроуровне, на уровне пункта оказания медицинской помощи (например, сортировка пациентов).

Макро- и микрораспределение ресурсов здравоохранения этически оправдано только тогда, когда оно основано на принципах справедливости, благотворительности и равноправия. В случае отбора пациентов при нехватке ресурсов, прежде всего, следует учитывать клиническую необходимость и соблюдение этических принципов, закрепленных в статье 14 Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека (ЮНЕСКО), где говорится, что «наивысший достижимый уровень здоровья» является фундаментальным правом каждого человека [18].

Определенные группы людей становятся еще более уязвимыми во время пандемии. Особенно важно учитывать уязвимость, связанную с бедностью, дискриминацией, полом, потерей автономии или функциональности, пожилым возрастом, инвалидностью, этнической принадлежностью, лишением свободы, миграцией, а также статусом беженцев и лиц без гражданства [25].

Необходимо вновь и вновь подтверждать коллективную ответственность за защиту уязвимых лиц и необходимость избегать любой формы стигматизации и дискриминации, как словесной, так и физической.

Справедливость и равенство – два основополагающих принципа универсальных прав человека. Любая попытка нарушить эти принципы рассматривается как посягательство на человеческое достоинство [24].

Обязанность недискриминации, введенная с самого начала философии прав человека, подтверждена и рассматривается в качестве руководящего принципа во многих международных документах и законодательных актах. В биоэтике принцип недискриминации основан на понимании того, что дискриминация является социально сконструированной, а не «естественной».

Концепция стигматизации была введена ЮНЕСКО в биоэтику как особый вид дискриминации, которая может серьезно повлиять на право на здоровье и пользу научных исследований [15]. Такие меры, как изоляция и карантин, сильно влияют на уязвимых лиц. Особое внимание следует уделять насилию в семье и лицам, живущим в нестабильном экономическом положении, особенно в развивающихся странах [24].

Представляет интерес проблема долга каждого члена общества по соблюдению правил, защищающих не только личность, но и сообщество. Например, соблюдение физической дистанции, что не означает дистанцирование от социальных отношений, но выражение долга по предотвращению распространения заразной болезни.

По мере увеличения количества зараженных коронавирусом людей, наблюдался бурный рост исследовательской деятельности и клинических испытаний по поиску лекарств и вакцины от COVID-19. В контексте пандемии COVID-19, ВОЗ и партнеры объявили об организации исследования под названием «Солидарность» (Solidarity) – многонационального клинического исследования для сравнения четырех непроверенных методов лечения госпитализированных людей с тяжелой формой COVID-19, в котором принимало участие более 100 стран.

Наряду с исследованием «Восстановление» (RECOVERY – *Randomised Evaluation of Covid-19 Therapy*) – широкомасштабным британским национальным клиническим испытанием потенциальных методов лечения пациентов, госпитализированных с тяжелой формой COVID-19 – данное исследование стало одним из самых обсуждаемых в СМИ. В этих условиях обоснована необходимость комитета по надзору за ответственными исследованиями, который должен

собирать результаты, полученные на местном уровне, и координировать их обмен. В этом отношении критически важны рекомендации комитетов, комиссий по этике. Понятно, что новые методы могут быть адаптированы к условиям чрезвычайной ситуации, учитывая характер глобальной угрозы. Однако такие решения нуждаются в этическом обосновании [26].

Этические принципы не должны нарушаться, но могут быть скорректированы с учетом исключительных обстоятельств. Также важно, чтобы исследования в этих условиях не проводились исключительно ради финансовой выгоды [16]. Срочность поиска лекарства не снимает ответственности в исследовательской практике, которая подлежит тщательной проверке компетентными комитетами по этике.

С одной стороны, быстрое распространение болезни приводит к созданию барьеров между странами, сообществами и отдельными людьми в попытке предотвратить передачу, но с другой – в контексте пандемии необходимо как никогда сотрудничество на всех уровнях: правительственном, государственном и частном; взаимодействие внутри гражданского общества, а также с международными и региональными организациями.

Пандемии демонстрируют зависимость между государствами, например, с точки зрения наличия диагностических тестов, защитных масок, вентиляционных устройств и т. д. МБК и КОМЕСТ призывают к международному сотрудничеству и солидарности вместо узких национальных интересов, подчеркивая ответственность богатых стран за помощь бедным странам во время международной чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения.

Не менее актуальны этические аспекты применения вакцины против COVID-19. О чем свидетельствует обсуждение доклада в Парламентской ассамблее Совета Европы (ПАСЕ) «Вакцины против COVID-19: этические, правовые и практические соображения» в начале 2021 года.

Пандемия COVID-19 входит в следующую фазу – медики внедряют эффективные вакцины. В результате в обществе стали активно обсуждаться «паспорта вакцинации» – сертификаты о проведении прививки, с владельцев которых будет снята часть ограничений.

Сами ограничения не вызывали споров и сопротивления в обществе, однако использование паспортов вакцинации против COVID-19 для введения ограничений вызвало решительное противостояние, основанное на нескольких весомых опасениях.



*Во-первых*, поставки вакцин все еще ограничены, поэтому предоставление привилегий людям, которые получили их раньше других, является морально сомнительным.

*Во-вторых*, даже после того, как вакцина станет доступнее, уровень вакцинации среди национальных меньшинств и населения с низким уровнем дохода, по-видимому, останется непропорционально низким.

*В-третьих*, степень защиты, обеспечиваемой вакцинацией, особенно от новых штаммов вируса, еще недостаточно изучена, равно как и потенциал передачи вируса людьми, которые были вакцинированы.

*В-четвертых*, привилегии вакцинированных будут ограничивать в правах людей, выступающих против вакцинации по религиозным или философским соображениям [20].

Таким образом, противопоставление морали и права, а также преуменьшение роли одного из них представляется неоднозначным, так как норма морали – это идеальное основание, эталон поведения, в то время как норма права – правило поведения, служащее достижению такого образца.

Глубокий анализ вопросов морали и права в научных исследованиях, проведенных с участием человека или животных, ставит мораль выше права, так как в своем увлечении научными исследованиями и прогрессом наука отчасти может утратить человечность, а задача комитетов, комиссий по этике научных исследований, экспертных советов разных уровней состоит в мониторинге научной и инновационной деятельности. Главное – остается сама жизнь. Да, она нуждается в регламентации, в праве, но выше этого должна быть мораль общества, в том числе и в науке.

---

---

## ЛІТЕРАТУРА

1. Биомедицинская этика: сб. нормативно-правовых документов в области прав человека в контексте биомедицинских исследований / под ред. И. В. Силуяновой и В. Н. Диомидовой. М., Чебоксары, 2014.

2. Заславская А. А. Средства массовой информации и их влияние на психику человека – истерия вокруг коронавируса. *Исследования молодых ученых*: материалы XIII Междунар. науч. конф. Казань: Молодой ученый, 2020. С. 65-68.

3. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: конвенция о правах человека и биомедицине. Овьедо, 4 апреля 1997 г.

4. Наука и борьба с COVID-19. Дайджест подготовлен Департаментом международного и регионального сотрудничества. Счетная палата Российской Федерации, 2020, 45 с.
5. Нюрнбергский кодекс. URL: [www.psychopravo.ru](http://www.psychopravo.ru).
6. Скларова А. М. Этические нормы и принципы научной деятельности. *Библиосфера*. 2006. № 3. С. 26-29.
7. Сорокина И. В., Оспанова Т. С., Мирошниченко М. С. Эксперименты с использованием лабораторных животных: некоторые биоэтические аспекты. *Философские проблемы биологии и медицины. Стандартизация и персонализация: сборник статей международной конференции*. 2015. Вып. 9. С. 168-171.
8. Шамов И. А. Биомедицинская этика. М.: ИНФРА-М, 2018. 288 с. URL: <http://znanium.com/catalog/product/925797>.
9. Хельсинская декларация Всемирной медицинской ассоциации. URL: [www.ingorts.ru/files/library/international\\_docs/Declaration\\_of\\_Helsinki\\_rus.pdf](http://www.ingorts.ru/files/library/international_docs/Declaration_of_Helsinki_rus.pdf).
10. Этическая экспертиза биомедицинских исследований в государствах-участниках СНГ (социальные и культурные аспекты). СПб.: Феникс, 2007. 408 с.
11. Bhanot D., Singh T., Verma S. K., Sharad S. Stigma and Discrimination during COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Public Health*. 2021. Advance online publication. DOI: 10.3389/fpubh.2020.577018.
12. Directiva 2010/63/UE a Parlamentului European din 22 septembrie 2010, privind protecția animalelor utilizate în scopuri științifice. *Jurnalul Oficial al Uniunii Europene*. L 276/33 din 20.10.2010.
13. European Convention for the Protection of Vertebrate Animals used for Experimental and Other Scientific Purposes. Strasbourg, 18.III.1986. *European Treaty Series*. No 123.
14. Good Clinical Practice for Trials on Medicinal Products in the European Community. III/3976/88-EN, 1990. *Pharmacology and Toxicology*. No 67. P. 361-372.
15. Guessous N. Non-discrimination and Stigmatization. *Handbook of Global Bioethics*/Ten Have H., Gordijn B. (eds) Dordrecht: Springer, 2014. URL: [https://doi.org/10.1007/978-94-007-2512-6\\_74](https://doi.org/10.1007/978-94-007-2512-6_74).
16. International Bioethics Committee. Draft Report of the IBC on the principle of the sharing of benefits. SHS/YES/IBC-22/15/3 REV.2. 26 p.
17. International Ethical Guidelines for Biomedical Research. Involving Human Subjects. Geneva: CIOMS, 2002, 60 p.
18. Adèle Langlois. The UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights: Perspectives from Kenya and South Africa. *Health Care Anal.* 2008 Mar. 16(1). P. 39-51.
19. Legea nr. 211 din 19.10.2017 privind protecția animalelor folosite în scopuri experimentale sau în alte scopuri științifice. *Monitorul Oficial*. 2018. Nr.1-6/2.

20. Mark A. Hall, J. D., David M. Studdert, Sc. D., L.L.B., M.P.H. «Vaccine Passport» Certification – Policy and Ethical Considerations. *The New England Journal of Medicine*. 2021. March 31. doi: 10.1056/NEJMp2104289

21. Mereuță, I., Leorda, A. Etica, bioetica și dreptul cercetării. *Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare: culegerea de lucrări ale Conferinței științifice internaționale, ediția a III-a, 6-7 noiembrie, 2020*. Chișinău: Print Caro, 2020, P. 87-92.

22. Ojovanu V. Actualități și perspective ale implementării potențialului bioeticii în spațiul socio-medical. *Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare: culegerea de lucrări ale Conferinței științifice internaționale, ediția a III-a, 6-7 noiembrie, 2020*. Chișinău: Print Caro, 2020, p. 11-18.

23. Statement of the UNESCO International Bioethics Committee (IBC), UNESCO World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST). *Statement on COVID-19: Ethical considerations from a global perspective*. SHS/IBC-COMEST/COVID-19 REV, Paris. 2020.

24. The Principle of Respect for Human Vulnerability and Personal Integrity: Report of the International Bioethics Committee (IBC) of UNESCO. 2013. 54 c.

25. UNESCO. Report of the IBC on the Bioethical Response to the Situation of Refugees. 15 September 2017. SHS/YES/IBC-24/17/2 REV.2. URL: <https://www.refworld.org/docid/5a5f43502.html>.

26. World Health Organization. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. World Health Organization. 2016. 68 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>.

## **ЗООТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД АЛЬТЕРНАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ: НАУКОВІ ТА БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ**

**А. І. Єгоренков<sup>1</sup>, І. М. Кіхно**

*<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О. О. Богомольця  
м. Київ*

Для пацієнта-користувача лікувальних біомедичних технологій у якомусь сенсі неважливим є те, чи запропонована йому лікувальна методика, визнана офіційною медициною, чи вона відноситься до арсеналу методів медицини альтернативної, тобто такої, ефективність якої не підтверджено (або недостатньо підтверджено) науковими доказами. Пацієнт зазвичай зацікавлений у лікувальному результаті. Тому залежно від особистих уподобань та власного досвіду більшість людей поряд із методами офіційної медицини (або як заміну їм) використовує ті чи ті методи альтернативної медицини, популярними напрямками якої є натуропатія, гомеопатія, акупунктура тощо. Але для соціуму в цілому і для медичної спільноти зокрема, невизначена ситуація із використанням методів альтернативної медицини є «зоною ризику». Відповідно до сучасних вимог, цінності та принципи біоетики мають бути тим підґрунтям, на якому може бути здійснене визначення і оцінка факторів ризику зазначеної зони.

### **Актуальність біоетичної експертизи альтернативних методів у медицині**

Метою біоетичної експертизи чинних альтернативних методів повинні бути: (а) оцінка можливості або доцільності їхнього використання як допоміжних, за інформованою згодою пацієнта відповідно до висновку і рекомендації лікаря, а також (б) контроль за впровадженням методів у практику згідно з правилами та принципами біоетики. Критерії біоетичної експертизи, які, на нашу думку, мають бути застосовані до оцінки вищезазначених методів, дають змогу відокремити альтернативні методи, користь, безпеку та ефективність яких довела практика, тривала традиція їхнього застосування та/або наявність часткового наукового обґрунтування, від відверто псевдонаукових «медично-терапевтичних» розробок (на кшталт лікування за допомогою «пірамідок», «торсійних» полів, «біорезонаторів» тощо), які набули досить широкого застосування у псевдомедичних колах. Для більш розгорнутого ознайомлення із темою псевдонауки в медицині можна запропонувати статтю академіка Національної

академії медичних наук України І. М. Трахтенберга зі співавтором [1]. Що стосується загалом методологічної проблеми взаємовідносин науки та псевдонауки (іноді використовують терміни «антинаука», «паранаука»), то свого часу питання про посилення антинаукових тенденцій у науці поставив відомий вчений-фізик, проф. С. П. Капіца.

У своїй статті «Антинаукові тенденції у Радянському Союзі», опублікованій у 1991 році в журналі «У світі науки», він виділив декілька причин посилення зазначеного феномену на пострадянському просторі. На думку цього науковця, антинаукові тенденції є результатом: духовної кризи, посилення екстремізму в суспільстві, втрати довіри населення до науки (зокрема через аварію на Чорнобильській атомній станції), відсутності соціальної відповідальності ЗМІ, зневаги до основ наукового методу пізнання, спрощеного розуміння раціоналізму деякими псевдовченими, безвідповідальних поглядів низки науковців щодо можливості застосування на практиці певних наукових відкриттів і т. ін.

На початку 90-х років свій перелік причин розвитку псевдонаукових тенденцій на пострадянському просторі сформулював також видатний фізик, академік Александров Є. Б.: системна суспільна криза, падіння престижу роботи науковця і викладача вищої школи, масова втрата суспільних орієнтирів, усунення цензури на пропаганду окультизму, ринкові стосунки в ЗМІ, розсекречення результатів псевдонаукових досліджень, які велися у відомчих лабораторіях без контролю із боку академічної науки, масова недбалість у популяризації досягнень науки і техніки, необхідність конкуренції у боротьбі за фінансування наукових досліджень, необхідність реклами своєї наукової діяльності. Саме на початку 90-х у середовищі вчених навіть виник термін «нове Середньовіччя». Його сенс полягає в тому, що за наявності сучасної техніки і засобів комунікації, сьогочасні обивателі суспільства споживання, не бажаючи відмовлятися від технічних благ цивілізації, водночас активно сприяють руйнуванню фундаментальної наукової основи свого існування. Загальновідома аксіома Р. Коула про те, що «загальна сума розуму на планеті – величина постійна, а населення зростає» – в іронічній формі узагальнює відповідь на питання про соціальні причини посилення позицій псевдонауки. Очевидно, що за тридцять років із часу констатації факту посилення псевдонаукових тенденцій, причини, які зумовлюють сучасний занепад науки, не зникли.

В сучасній Україні ринок медичних послуг налічує безліч таких практик, які не підпадають під визначення офіційних медичних. Загальновідомими є приклади, коли тяжко хворі, нехтуючи можливостями, запропонованими офіційною

медициною, витрачають безцінний час і гроші на розрекламовані псевдонаукові методи, які в кращому випадку не мають ніякої користі здоров'ю, в гіршому – шкодять. На наш погляд, заборона псевдонаукових видів медичної діяльності є способом вирішення означеної проблеми. Але варто зазначити водночас, що дійсно альтернативні методи в медицині (методи, користь яких підтверджено практикою, довготривалою традицією їхнього застосування, частковим науковим обґрунтуванням), не будучи псевдонауковими, можуть потрапити в зону ризику і тому для своєї легітимізації вимагають додаткової уваги експертної наукової спільноти. Для чіткого розмежування між «корисними» альтернативними і «шкідливими» псевдонауковими методами в медицині, на наш погляд, необхідна розробка чітких критеріїв, які реалізовуватимуться у різних експертних процедурах (включно з біоетичною експертизою). Наявність таких критеріїв слугуватиме просуванню альтернативних методів у практику, адже під альтернативними маються на увазі такі методи, які досі не отримали наукового визнання, але можуть його отримати в майбутньому, що визначить сферу доказового вживання кожного з таких методів.

**Методи зоотерапії як приклад з арсеналу методів альтернативної медицини.** Проблему біоетичної експертизи альтернативних методів медицини буде розглянуто на прикладі аналізу застосування методів так званої зоотерапії, які особливої популярності набули протягом останніх кількох десятиріч. У вітчизняній літературі термін «зоотерапія» використовують здебільшого для визначення будь-якого методу, результатом якого є позитивний вплив тварини на самопочуття людини без термінологічної диференціації. Наприклад, у сучасному підручнику для студентів-медиків та психологів зоотерапію визначають як: «особливий напрям медико-психологічної допомоги, який здійснюється завдяки фізіологічному та психологічному впливу тварин-асистентів» [2]. Натомість в англійській літературі вживають термін *animal assistant intervention* (AAI), який є збірним поняттям із трьох складових: *animal assistant activity* (AAA) (взаємодія із тваринами з метою збагачення дозвілля позитивними емоціями), *animal assistant education* (AAE) (взаємодія із тваринами під час навчального процесу задля підвищення ефективності останнього), *animal assistant therapy* (AAT) (взаємодія із тваринами з метою лікувального ефекту в терапії деяких захворювань).

Очевидно, що слово зоотерапія є адекватним перекладом саме терміну AAT і використовується багатьма вітчизняними авторами саме в цьому вузькому сенсі – лікування за допомогою тварин. Тому варто зазначити, що в цій статті

смісл терміну зоотерапія є більш широким, таким, який відповідає визначенню поняття ААІ. На теперішній час без перебільшення можна констатувати, що зоотерапія переживає бум в усьому світі, особливо її методи набули поширення у країнах Західної Європи та США. В США створено міжнародну організацію із зоотерапії (Animal Assisted Intervention International). Саме в цій країні зоотерапевтичні методики широко використовують у дитячих закладах, лікарнях, будинках пристарілих, армії. Діяльність організацій і окремих волонтерів, які надають послуги з використанням тварин у розвинених країнах, знаходиться під контролем держави і законодавства та чітко регламентується. Протилежною є ситуація в Україні: за наявності великої кількості комерційних центрів, які пропонують спілкування із тваринами для урізноманітнення дозвілля або з метою лікування (найпопулярніші з них – контактні зоопарки, центри іпотерапії, дельфінотерапії тощо), діяльність таких установ строго не регламентовано.

**Аспекти регламентації застосування методів зоотерапії.** З точки зору біоетики для всіх категорій громадян – перших, які обрали спілкування із тваринами як форму організації дозвілля, других, тих, хто навчається, використовуючи тварин-партнерів, третіх, які сподіваються на лікувальний ефект, взаємодіючи з тваринами, має діяти принцип поінформованої згоди, всі ці категорії повинні оцінювати ступень обґрунтованості і безпеки використання зоотерапевтичних методик. Волонтер, лікар, психолог, педагог, який рекомендує використання методів зоотерапії або безпосередньо має справу із зоотерапевтичною практикою, з одного боку – зобов'язаний володіти певними знаннями та навичками, а з іншого – його діяльність повинна бути захищеною офіційно затвердженими документами. В зоотерапевтичній практиці важливо також гарантувати правильне поводження із тваринами-партнерами для гарантування їхньої безпеки та етичного ставлення до них із боку всіх учасників процесу. Для вирішення цих завдань необхідною є розробка біоетичного регламенту, до якого належить зафіксований у документах набір правил і алгоритмів проведення будь-яких заходів за участю «об'єктів впливу» (відвідувачів розважальних установ, пацієнтів, учнів), організаторів (волонтерів, лікарів, психологів, педагогів) і тварин-партнерів. Можна виділити дві базові складові біоетичного регламенту:

1) наявність науково-методологічної обґрунтованості біомедичного проекту або освітньої методики (включно з біостатистичною, кваліфікаційною, організаційною та цільовою);

2) наявність певного пакету документів: затверджених профільною комісією із біоетики правил та процедур, які стосуються інформованої згоди учасників,

захисту прав тварин-партнерів, ліцензії на зазначений вид діяльності від уповноважених структур. Метою такого біоетичного регламенту є контроль за науковою достовірністю і соціальною доцільністю дозвільних, біомедичних або освітніх технологій у системі «людина – тварина-партнер», захист юридичних і моральних прав людей – учасників процесу. Регламентація є необхідною і для дієвого захисту прав тварин, які виявляються найбільш вразливими учасниками системи, особливо зважаючи на той факт, що «благородні наміри» організаторів заходів із використанням тварин часто вступають у протиріччя із їхнім комерційним інтересом.

### **Наукове обґрунтування можливості застосування методів зоотерапії**

Очевидно, що наявність хоча б часткових наукових доказів ефективності методики, яка є предметом експертизи, та/або наявність наукових даних щодо механізмів дії зазначеної методики, є тим підґрунтям, на якому може базуватися подальша робота спеціалістів різних галузей із розробки пакету документів для надання методиці офіційного статусу. Тому основну увагу авторів цієї публікації було зосереджено на оцінці наукових доказів ефективності зоотерапії та даних, які стосуються можливих загальних механізмів дії зоотерапевтичних методів.

**Мета-аналіз для експертного оцінювання.** Варто зазначити, що під час аналізу наукових даних, на основі яких приймається рішення про впровадження біомедичної технології у практику, необхідно враховувати так звану піраміду рівнів доказовості та результативності такої технології. Науковою спільнотою прийнято, що вищим рівнем доказовості вважається так званий мета-аналіз, який оперує методами біостатистики. Мета-аналіз базується на кількісному аналізі об'єднання результатів великого числа рандомізованих досліджень певного типу. Тобто цей вид аналізу даних (включно з даними з області зоотерапії) спирається на аналіз не окремих досліджень певного типу, результати яких іноді суперечать один одному, а великої сукупності досліджень цього типу. Нами виділено як базовий приклад мета-аналізу досліджень ефективності методів зоотерапії публікацію авторів, афілійованих з Університетом Юта (США) [3]. Із 250 публікацій, прорецензованих авторами цього дослідження, вони відібрали 49 для подальшого використання їхніх даних для мета-аналізу за такими критеріями:

- а) публікація стосується цілеспрямованого зоотерапевтичного впливу, а не володіння домашньою твариною;
- б) до дослідження залучено щонайменше п'ять учасників;
- в) надані достатні числові дані для обчислення ступеня ефекту;
- г) публікація англійською мовою.



За висновками проведеного авторами мета-аналізу застосування методів зоотерапії (автори оперують терміном ААТ) демонструвало помірний ефект у чотирьох областях, зокрема послаблення симптомів аутизму, подолання страху під час отримання певних видів медичної допомоги, вирішення поведінкових проблем, підвищення емоційного комфорту. Для того, щоб оцінити отримані авторами висновки про ступінь довіри до методів зоотерапії, необхідно пояснити зміст поняття «помірний ефект». У біостатистиці вважається, що відмінність середніх лікувальних ефектів «до – після» (або «група контролю – група впливу») в інтервалі від  $0,2\sigma$  до  $0,5\sigma$  відповідає слабкому лікувальному ефекту ( $\sigma$  – це статистична величина середньоквадратичного відхилення в цьому розподілі результатів).

Аналогічна відмінність в інтервалі від  $0,5\sigma$  до  $0,8\sigma$  свідчить про помірний ефект, а відмінність від  $0,8\sigma$  і вище – про виражений (сильний) ефект. Але зазначений показник не може бути вирішальним критерієм ефективності. Остаточний висновок можна зробити тільки зважаючи на другий статистичний параметр – величину  $P$  (ймовірність помилки першого роду або ймовірність помилкового виявлення ефекту). За критеріями доказової медицини стандартний критичний рівень  $P$  має бути менше 5% ( $P \leq 0,05$ ). В іншому випадку можна говорити лише про «тенденції» лікувального ефекту і про необхідність більш доказового дослідження. Автори обраної нами публікації зазначають, що хоча результати мета-аналізу підтверджують усталені погляди, що тварини можуть допомогти в лікуванні, треба взяти до уваги, що параметр  $P$  у всіх опублікованих дослідженнях з ААТ не досягає  $0,05$ . Тому автори дають практичну пораду: *«... для адміністраторів бюджетів, які можуть фінансувати заходи або дослідження ААТ... потрібні більш високі стандарти (ніж наявні), щоб почати схвалювати використання нетрадиційних методів лікування типу ААТ, ... потрібно більше досліджень і розробка теорії...»*.

Резюмуючи вищевикладене, можна констатувати, що ААТ-методи є перспективними для подальшого використання і дослідження із метою виявлення у майбутньому відповідності критеріям «доказової медицини» (тобто виходу на ефект із параметром  $P \leq 0,05$ ). Поки мова йде про виявлення «тенденції» ефекту, і необхідні більш «потужні» (за об'ємом вибірки, за параметрами контролю, за методами аналізу) дослідження, щоб одержати докази результативності. А до цього часу, методики ААТ, хоча і можуть бути рекомендовані до використання, проте із застереженням, що їх не можна вважати лікувальними з точки зору доказової медицини, а використовувати лише як допоміжні.

### **Гіпотези механізмів лікувального ефекту**

Важливо зазначити, що крім формальних біостатистичних методів перевірки ефективності зоотерапії, важливим напрямком доказу її дієвості є дослідження механізмів передбачуваного лікувального ефекту. Голослівні псевдонаукові концепції пояснюють ефект впливу тварини на людину наявністю «біоенергетичного інформаційного обміну» між живими організмами, який здійснюється за допомогою особливої поза-фізичної субстанції.

Щодо наукових гіпотез позитивного впливу спілкування із тваринами на самопочуття та здоров'я, то під час їх розгляду варто мати на увазі, що термін «зоотерапія» передбачає широкий спектр методів, різноманіття видів тварин-партнерів і неоднорідність контингенту людей – об'єктів впливу, які відрізняються за віком, станом здоров'я, мають різні медичні діагнози, різну мету і очікування, пов'язані з використанням методів зоотерапії.

Відповідно, мають місце гіпотези, які стосуються окремих випадків: як приклад – біофізична гіпотеза про позитивний вплив ультразвукових коливань, генерованих дельфінами, або фізіологічна гіпотеза, яка пояснює позитивний вплив іпотерапії наявністю певного типу фізичних навантажень під час кінної їзди. Залишаючи поза увагою такі окремі випадки, лише зазначимо, що безсумнівно, не виключена можливість існування окремих механізмів впливу тварини на людину, характерних для певного типу їхньої взаємодії. Проте природньо, що найбільший інтерес викликають гіпотези, які пропонують деякий універсальний, узагальнений механізм позитивного впливу тварин на психофізіологічний стан людини. Найпопулярнішою із таких є гіпотеза біофілії, запропонована в 1984 р. Вілсоном [4]. Відповідно до неї, людина генетично запрограмована на підсвідому увагу до тварин, які знаходяться поруч. Така здатність формувалася протягом мільйонів років еволюції, коли в небезпечному природньому оточенні більше шансів на виживання отримували ті представники виду *Homo sapiens*, які мали розвинену здатність сприймати інформацію від представників іншого виду, насамперед – інформацію про небезпеку. Отже людина відчуває заспокійливий вплив із боку тварин, які знаходяться поруч і перебувають у релаксованому стані, що сприймається підсвідомістю як сигнал про відсутність небезпеки.

Сучасна теорія активації «окситосинергетичної системи» інтегрує ендокринологічні, психофізіологічні, психосоціальні ефекти взаємодії у системі «людина-тварина» і, на наш погляд, є доповненням до теорії біофілії, стосуючись молекулярно-біологічних основ реакції організму людини на взаємодію із тваринами [5]. Автори теорії наводять в огляді дані 69 досліджень, обраних із

використанням строгих критеріїв науковості, які демонструють вплив зоотерапії на соціальну поведінку, міжособистісну взаємодію, настрій; на параметри, пов'язані зі стресом – рівень кортизолу, серцевий ритм, кров'яний тиск; на стан, пов'язаний з відчуттям страху та тривоги; на ментальне та фізичне здоров'я; опосередковано – на процес навчання. Автори огляду звертають увагу, що ефекти підвищення рівня окситоцину і ефекти зоотерапії перекриваються. Це дає змогу їм запропонувати модель, відповідно до якої, активація окситоцинової системи грає ключову роль у більшості випадків ефективного впливу зоотерапії на психологічні і психофізіологічні процеси. Зважаючи на тісний зв'язок між психологічним станом людини і її фізіологічним станом, цілком природним із точки зору як теорії біофілії, так і «оксито-синергетичної» гіпотези видається позитивний вплив тварин на перебіг низки захворювань.

Узагальнюючи вищевикладене можна констатувати, що на теперішній час методи зоотерапії не відповідають критеріям доказової медицини. Але наявність тенденції до ефекту при застосуванні зоотерапії в лікуванні окремих захворювань, здатність наукових теорій пояснити можливий механізм ефекту зоотерапії, позитивного впливу зоотерапії на психоемоційний стан людини (незалежно від її стану) вказують на можливість використання методів зоотерапії як допоміжного засобу для лікування захворювань. Питання використання зоотерапії як допоміжного методу лікування може бути предметом дискусії, але беззаперечним є доцільність її застосування як засобу для поліпшення психоемоційного стану всіх категорій населення незалежно від віку і стану здоров'я.

**Висновок:** Варто зазначити, що, зважаючи на різноманіття видів тварин і технік, які застосовуються у зоотерапії, науковому обґрунтуванню має підлягати впровадження кожного окремого методу зоотерапії, якщо справа стосується допоміжного лікування. Як підкреслювалося раніше, впровадження будь-яких методів зоотерапії, включно з тими, які слугують забезпеченню дозвілля, мало б передбачати біоетичну регламентацію за зразком розвинених країн. В Україні робота із забезпечення біоетичної регламентації у різних сферах діяльності зазвичай покладається на комісії з біоетики, які функціонують у складі деяких державних організацій та установ, причетних до біології, медицини, охорони природи. Але не будь-яка організація, яка може використовувати контактних тварин для взаємодії із різними категоріями громадян, здатна відповідально і / або організаційно вирішити проблему створення при своїй структурі комісії з питань біоетики. Більш того, оскільки питання не врегульовано на законодавчому рівні, потреби у створенні таких комісій не виникає, позаяк комерційні

центри канітерапії, дельфінотерапії, іпотерапії тощо, чисельні приватні контактні зоопарки під час одержання ліцензій позиціонують себе як розважальні заклади, що не передбачає контролю із боку біоетичних комісій. Як наслідок, закладається фундамент порушення прав як тварин і користувачів послуг таких установ, так і прав самих власників установ, оскільки відсутність чіткого біоетичного регламенту робить їх беззахисними перед свавіллям недобросовісних перевіряючих органів. Безумовно, що ці питання треба врегульовувати на державному рівні для організації роботи подібних закладів за сучасними стандартами.

Резюмуючи, можна зробити висновок, що для практичного впровадження дозвільних, освітніх або лікувальних методик за участю тварин на майданчиках організацій, які мають умови і право на утримання тварин у відповідності до сучасних вимог, необхідні:

- (а) обґрунтування цілей і завдань, які вимагають залучення тварин;
- (б) оцінка ступеня наукової достовірності ефективності певної методики;
- (в) розробка регламентуючих документів (насамперед – для захисту прав усіх учасників системи «людина-тварина»);
- (г) розподіл відповідальності (юридичної, моральної) між усіма учасниками процесу.

---

---

## ЛІТЕРАТУРА

1. Трахтенберг И. М., Шумаков В. А. Об антиэтической сущности «нетрадиционного врачевания» и агрессивной рекламы «целительных средств». *Антология з біоетики*/ За ред. Ю. І. Кундієва.– Львів: БаК, 2003. С. 212-227.
2. Коляденко Н. В. Зоопсихологія та порівняльна психологія. К.: ДП «Видавничий дім Персонал», 2019. С. 432.
3. Nimer, J., Lundahl, B. Animal-assisted therapy: a meta-analysis.– *Anthrozoös*, 20(3),225-238.URL:<https://www.semanticscholar.org/paper/Animal-Assisted-Therapy-%3A-A-Meta-Analysis-Nimer-Lundahl/74ebbd7e95ce7c595c3c7b23f029a75426f542bb>
4. Wilson, E. O. *Biophilia*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1984.
5. Beetz A., Uvnäs-Moberg K., Julius H., Kotrschal K. Psychosocial and Physiological Effects of Human-Animal Interactions: The Possible Role of Oxytocin. *Front. Psychol.* URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2012.00234/full>.

## **ПРОФЕСІЙНА ІДЕНТИФІКАЦІЯ МАЙБУТНІХ АНЕСТЕЗІОЛОГІВ**

**Ю. І. Марков**

*Національний університет охорони здоров'я України  
імені П. Л. Шупика  
м. Київ*

Завдання та кінцева мета медичної освіти – виховати з учорапних студентів-медиків професіоналів ефективних та етичних практиків медицини, надати їм найкращі доступні знання, навички й установки та забезпечити усвідомлення професійної ідентифікації, щоб вони мали змогу думати, говорити, діяти і відчувати як лікарі [1].

Медична освіта однаково пов'язана як з розвитком професійної ідентифікації, так і із засвоєнням знань. Те, як студенти розвивають свою професійну ідентифікацію та згодом визначають свою професійну ідентичність, має важливі наслідки для їхнього ж власного благополуччя, а також для стосунків, які вони формують із колегами по роботі, з пацієнтами.

Прогрес медицини та удосконалення системи охорони здоров'я передбачає безперервну еволюцію у медичній освіті, одним із пріоритетних завдань якої є покращення підготовки лікарів.

Для його вирішення треба постійно вивчати різноманітні аспекти провадження освітньої діяльності, серед яких, на особливу увагу заслуговує дослідження професійної ідентифікації майбутніх лікарів. Такий підхід дає змогу підвищити рівень якості надання освітніх послуг.

Аналіз та розкриття процесів, за допомогою яких студенти-медики розвивають свою ідентичність, сприятимуть розвитку освітніх стратегій, в центрі яких – професійна ідентифікація студентів-медиків [2].

З метою вивчення думки щодо формування професійної ідентифікації лікарів-інтернів першого року навчання на початку навчального 2021-го року на кафедрі анестезіології та інтенсивної терапії (АІТ) Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика було проведено соціологічне дослідження серед інтернів (усього 72 лікарі обох статей, середній вік – 23,9 років).

Перед початком анкетування було проведено роз'яснення респондентам важливості цього опитування, й зазначено, що участь у ньому була добровільною, а анкети – анонімними, тому жодних посилань на авторів відповідей не буде.

Важливим для вибору майбутньої професії є найближче оточення, а також референтні групи та їхній вплив на формування світогляду особистості, її природні здібності та життєві установки.

Мотиви, за якими особистість обирає професію, впливають на формування професійної ідентифікації майбутнього анестезіолога. Мотиваційний вплив на вибір такої відповідальної і високотехнологічної спеціальності, якою є АІТ, зумовлений її соціальним визнанням.

Також варто враховувати і її популяризацію через засоби масової інформації, кіномистецтво та художню літературу. Це пояснює відповіді інтернів щодо їхнього власного професійного вибору.

На запитання: «Хто або що вплинуло на Ваш вибір майбутньої спеціальності анестезіолога?» було отримано такі відповіді: самостійний вибір – 36,11%, батьки – 13,88 %, друзі чи знайомі – 11,11%, попередній досвід роботи у відділенні інтенсивної терапії (ВІТ) медичною сестрою – 8,33%, кінофільми – 6,94%, засоби масової інформації – 2,77% та враження від проходження студентської практики – 2,77%.

Серед інших чинників, які вплинули на вибір обраної спеціальності, також зазначалось: робота в системі екстреної медичної допомоги, потреби ринку, хвороба матері по 1,38% (1 респондент).

За даними Буддеберга-Фішера (Buddeberg-Fisher B.) та співавторів, на вибір майбутньої спеціальності серед резидентів впливають стать, особистісні характеристики, кар'єрна мотивація та життєві цілі [3].

На думку Хулмана (Hulsman R. L.) та співавторів, процедура відбору для навчання медицині повинна враховувати осмисленість вибору, соціальне та медичне етичне розуміння сутності медичної допомоги, навички спілкування та міжособистісні стосунки [4].

Важливе значення під час навчання мають безпосередня клінічна робота студентів із пацієнтами та оволодіння клінічними ролями, підвищення рівня розуміння інших професій (у медицині), важливість гарного спілкування для роботи команди та нагляду за пацієнтами, покращення розуміння пацієнта і обізнаність в етичних аспектах охорони здоров'я [5].

Професійний вибір передбачає певні мотиваційні джерела особистості. Важливо констатувати, що переважна більшість респондентів була достатньо вмотивованою.

Також має значення тип мотивації, оскільки автономна (внутрішня) мотивація (коли інтерн вчиться через справжній інтерес або через власні глибокі переконання) чи контрольована (зовнішня) мотивація (коли інтерн навчається під зовнішнім впливом педагогів, батьків, екзаменів тощо) впливають на кінцевий результат навчання[6].

На запитання: «Що приваблює Вас в анестезіології як спеціальності?» отримано такі відповіді респондентів: отримання задоволення від врятованого людського життя – 77,77%, можливість досягнення швидкого позитивного результату своєї діяльності – 33,33%, престижність 23,61%, інше – 2,77%. Отже, переважна більшість відповідей анкетованих збігаються із критеріям автономної (внутрішньої) мотивації. Пеллація (Т. Pelacciaa) та співавтори вказують на таку закономірність: чим вищий рівень мотивації студентів-медиків, тим краща якість їхнього навчання [7].

Вихідною точкою для процесу формування професійної ідентичності у більшості інтернів є початок навчання у закладах вищої освіти (а у декого – ще навчання у середній школі).

Це передбачає наявність знань про особливості обраної професії із наближенням себе до представників певної професійної спільноти. Тому важливо було уточнити: з-поміж яких лікарських спеціальностей лікарі-інтерни обирали анестезіологію?

Отримано такі відповіді: хірургія – 37,5% респондентів, медицина невідкладних станів – 25,00%, неврологія – 19,44%, терапія та сімейна медицина – 6,94%, акушерство-гінекологія, радіологія, кардіологія – по 4,16%, офтальмологія, інфекційні хвороби, отоларингологія – по 2,77%, травматологія, патологічна анатомія, гематологія – по 1,38% респондентів. Ще 2,77% респондентів не визначилися із відповіддю.

Особливістю анестезіології є високий рівень теоретичних знань і практичних умінь, які повсякденно лікар використовує у практичній діяльності. Тому важливо було з'ясувати, як самі інтерни розуміють важливість цієї проблеми і які саме предмети та дисципліни, на їхній погляд, є найважливішими.

Такими для анестезіолога під час навчання в інституті (університеті) інтерни вважають: фізіологію та патофізіологію – 93,05% респондентів, фармакологію –

86,11 %, нормальну чи патологічну анатомію – 31,94 %, фізику – 16,66 %, хімію – 15,27 %, неврологію, біохімію – по 1,38 % респондентів.

Також один респондент (1,38 %) зазначив, що усі предмети під час навчання мали однаково важливе значення.

Учасники соціологічного опитування значною мірою були обізнаними з практичними та організаційними особливостями системи охорони здоров'я, оскільки переважна більшість із них мала особистий досвід роботи в закладах охорони здоров'я – 66,66 %. На думку Димерса (Diemers A.) та співавторів, ранні контакти з пацієнтами мотивують студентів до навчання, допомагають зрозуміти вплив хвороби на повсякденне життя пацієнтів, а також покращують професійну соціалізацію та процеси запам'ятовування [8].

Серед найважливіших напрямків в анестезіології інтерни назвали такі: кардіоанестезіологія – 66,66%, нейроанестезіологія – 51,38%, анестезія у абдомінальній хірургії – 45,83%, анестезія при травмі – 40,27%, акушерська анестезіологія – 37,5%, дитяча анестезіологія – 34,72%, інтенсивна терапія – 2,77%, онкологія – 1,38% респондентів. Один респондент (1,38 %) не зміг виокремити найважливіший напрямок своєї майбутньої спеціальності.

До особистості лікаря-анестезіолога існують високі моральні та психофізичні вимоги:

- достатні фізичні якості (фізична підготовка, здатність переносити значні фізичні навантаження) та психологічна стійкість;
- високий рівень професійної відповідальності;
- повага до гідності та цілісності пацієнта, його автономії, тактовність та вихованість, стриманість в емоціях;
- високий рівень інтелекту, ерудованість;
- комунікабельність, креативність, ініціативність;
- критичне ставлення до себе та оточення;
- компетентність, уміння працювати з діагностичною та лікувальною апаратурою, зокрема – в екстремальних умовах [9].

У проведеному соціологічному дослідженні, лікарі-інтерни вказали такі риси особистості, необхідні для успішної праці анестезіолога: вміння швидко приймати правильні рішення – 98,61%, рішучість – 61,11%, лідерські якості, відмінне здоров'я – відповідно по 19,44% респондентів. 1,38% анкетованих зазначили також такі риси особистості як впевненість, стресостійкість, воля, спокій, здатність до самонавчання, високий рівень базових знань, здатність до роботи в команді.



Одним із найперспективніших шляхів удосконалення підготовки майбутніх фахівців, озброєння їх необхідними знаннями, практичними вміннями й навичками є освоєння і впровадження активних форм і методів навчання [10]. Серед них інтерни зазначили, що хотіли б у такий спосіб досконало вивчити під час очної частини навчання на кафедрі АІТ: серцево-легеневу реанімацію – 44,44%, інтенсивну терапію при екстрених станах – 94,44%, попередження та лікування больових синдромів – 44,44%, діагностику та інтенсивну терапію гострих отруєнь – 38,88% респондентів.

Також по 1,38% респондентів висловили бажання досконало вивчити: новітні методи в АІТ, практичні навички, регіонарну анестезію, інтенсивну терапію невідкладних станів, функціональну діагностику та метаболічні порушення, які трапляються у практиці анестезіолога.

У практичній діяльності лікар-анестезіолог має не тільки швидко приймати самостійні доленосні для пацієнта рішення, але й уміти виконувати багато різноманітних функцій. Анестезіолог:

- обґрунтовує вибір виду анестезії;
- аналізує результати лабораторних, функціональних і спеціальних методів дослідження;
- здійснює кваліфіковане анестезіологічне забезпечення;
- проводить масковий, внутрішньовенний, ендотрахеальний наркоз під час термінових і планових операцій на органах черевної порожнини, малого тазу, в акушерській і ортопедо-травматологічній практиці;
- проводить адекватну корекцію водно-електролітного, кислотного-основного обміну, білкового стану;
- налагоджує кардіомоніторний нагляд за хворими;
- володіє методиками проведення закритого масажу серця, пункції серця, електричної дефібриляції серця, забезпечує кваліфіковане проведення інтенсивної терапії й реанімації у разі невідкладних станів;
- здійснює нагляд за побічними реакціями (ефектами) лікарських засобів;
- працює у тісному контакті з лікарями інших спеціальностей;
- керує роботою середнього медичного персоналу;
- планує роботу та проводить аналіз її результатів; веде лікарську документацію;
- бере участь у поширенні медичних знань; постійно удосконалює свій професійний рівень;
- дотримується принципів медичної деонтології [11].

Отже, отримані дані дослідження свідчать про формування професійної ідентифікації майбутніх анестезіологів під час навчання у закладах вищої медичної освіти, яке у подальшому проходить еволюцію під час інтернатури та постійно вдосконалюється у наступній практичній діяльності.

Проведене соціологічне дослідження підтверджує дані Кроммелінк і Ансіл (Crommelinck M., Anseel F.) стосовно важливості зворотного зв'язку в освітньому процесі, який має важливі наслідки для адаптації та соціалізації, навчання й творчості а також продуктивності особистості [12].

Професійна ідентифікація анестезіолога – тривалий процес, який передбачає наявність спеціальних знань та умінь, прагнення до постійного самовдосконалення та ідентифікацію особистості з представниками професійної групи, об'єднаної спеціальністю «анестезіологія та інтенсивна терапія». Це дає змогу бути кваліфікованим фахівцем, конкурентоспроможним серед інших професіоналів на ринку праці та є запорукою успішного професійного майбутнього. Варто також враховувати формування у лікаря індивідуальної соціальної відповідальності за результати своєї діяльності (соціоцентричний світогляд) [13], що значною мірою залежить від його професійної ідентифікації.

Круесс (Cruess R.L.) та співавтори зазначають, що навчання медичному професіоналізму є фундаментальним компонентом медичної освіти, мета якої – забезпечення розуміння самої природи професіоналізму та засвоєння системи цінностей медичної професії.

Неофіційна мета досягнення професіоналізму під час навчання полягає у забезпеченні розвитку практиків, які відповідають професійній ідентифікації. Принципи формування ідентичності використовують для вивчення процесу, за допомогою якого лікарі досягають своєї професійної ідентифікації. Розширення знань про формування ідентичності в медицині та соціалізації у медичному середовищі повинно надати логіку та ясність освітній діяльності, спрямованої на те, щоб майбутні лікарі демонстрували якості «гарного лікаря» [14].

Розвиток медичної біоетики, зокрема у США, пов'язаний з діяльністю лікаря Андре Хеллегерса – засновника Інституту етики Кеннеді. Саме він запропонував розглядати біоетику як маєвтику – науку, яка набуває смисл у процесі діалогу і співставлення із медициною і етикою.

Принципи медичної етики, які були покладені в основу американської доктрини біоетики: автономія, не нашкодь, благодіяння та справедливість (Т.Л. Бошам, Дж.Ф. Чайлдрес).

Саме таке розуміння біоетики, як особливої дисципліни, яка синтезує медичні та етичні знання, призводить до її панування у США.

Біоетика у такому вигляді перетворюється на академічну дисципліну, і її починають викладати в навчальному процесі. Вона розуміється як теорія біомедичного пізнання, політики і громадських дискусій із проблем виживання [15].

Подібний підхід дуже важливий у вітчизняній медичній освіті з раннім формуванням професійної ідентифікації майбутніх лікарів, що дасть їм змогу в подальшому дотримуватися принципів медичної етики у практичній діяльності.

---

## ЛІТЕРАТУРА

1. Jakovljevic M., Masic I., Ostojic L., Bevanda M., Begic E. Medical Hodegetics – Almost Forgotten Art and Science of Upbringing Medical Doctors. *Psychiatr Danub.* 2019. 31(Suppl 1). P. 2-8.

2. Monrouxe L. V. Identity, identification and medical education: why should we care? *Med. Educ.* 2010. 44(1). P.40-9.

3. Buddeberg-Fisher B., Klaghofer R., Abel T., Buddeberg C. 2006. Swiss residents' specialty choices – impact of gender, personality traits, career motivation and life goals. *BMC Health Serv Res* P.137.

4. Hulsman R. L, van der Ende J. S. J, Oort F. J., Michels R. P. J., Casteelen G., Griffioen F. M. M. Effectiveness of selection in medical school admissions: Evaluation of the outcomes among freshmen. *Med Educ.* 2007. 41. P.369–377.

5. Ponzer S., Hylin U., Kusoffsky A., Lauffs M. Lonka K., Mattiasson A. C., Nordström G. Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards. *Med Educ.* 2004. Jul. 38(7). P.727-36.

6. Williams G. C. The importance of supporting autonomy in medical education / Ed by G.C. Williams, E.L. Deci. *Ann Intern Med.* 1998. 129 (4). P.303- 308.

7. Pelacciaa T. Motivation in medical education/T. Pelacciaa, R.Viauc *Medical Teacher.* 2017. 39 (2). P.136-140.

8. Diemers A.D., Dolmans D.H., Verwijnen M.G., Heineman E., Scherpbier A.J. Students' opinions about the effects of preclinical patient contacts on their learning *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2008;13(5):633-47.

9. Марков Ю.І., Пустовіт С.В. Філософські проблеми сучасної анестезіології. *Медицина неотложных состояний.* 2018;2 (89); 52-57.

10. Мельничук І. М. Формування професійної ідентичності майбутніх фахівців як педагогічна проблема. *Науковий вісник Мукачівського держ. університету*. Педагогіка та психологія. Вип. 1. 2015. С. 93-94.

11. Пашутинський Є. К. Посадові інструкції. Охорона здоров'я. (Керівники, професіонали в галузі лікарської справи) (Кадри підприємства). К.: КНТ, 2005. С. 356.

12. Crommelinck M., Anseel F. Understanding and encouraging feedback-seeking behaviour: a literature review. *Med Edu*. 2013. 47(3). С. 232-241.

13. Краснов В.В. Формування соціальної відповідальності при підготовці лікарів / Філософські засади медичної теорії та практики. Матеріали Наукового симпозіуму з міжнародною участю, присвяченого 100-річчю заснування Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України (27-28 вересня 2018 р., м. Київ) / Упор. С. В. Пустовіт, Л. А. Палей. К.: Графіка і дизайн, 2018. С.47-49.

14. Cruess S. R., Boudreau J. D., Snell L., Steinert Y. Reframing medical education to support professional identity formation. *Acad Med*. 2014. 89 (11). P. 1446-51.

15. Вековщина С. В. Кулиниченко В. Л. Биоэтика: начала и основания (Философско-методологический анализ). К.: Сфера, 2002. 152 с.

## ВОЙНЫ PRO-LIFE & PRO-CHOICE КАК КОНФЛИКТЫ ОЧЕВИДНОСТЕЙ

П. Д. Тищенко

*Институт философии РАН*

*г. Москва*

В длящихся уже полстолетия абортных войнах (abortion wars) открылся новый фронт противостояния между *pro-life* и *pro-choice* идеологиями, включающими как политические, так и антропологические конкурирующие установки. Разработка эффективных и относительно доступных технологий редактирования генома CRISPR/Cas9 перевела этот спор в новую плоскость, погрузила в нестабильную среду, образуемую конфликтом двух мощных экзистенциальных настроений. С одной стороны, с новой силой вспыхнула биотехнологическая *надежда* избавления человечества от бремени множества генетически детерминированных страданий. А с другой, – многих людей охватил *ужас* от того, что вторжение в зародышевую линию ставит под угрозу существование не просто отдельных людей, но и человеческий род как таковой.

В эпицентре конфликта вновь актуализировалась неразрешимая проблема антропологического статуса эмбриона и плода человека – являются ли они вещами, которые можно рассматривать в качестве *средств* реализации важных для науки и медицины целей, или уже *одними из нас* – личностями, существование которых защищает запрет – «Не убий!». Правда здесь – если рассуждать логически, а не идеологически – разум должен был бы изумиться, задать себе вопрос. Почему, миллионы и миллионы людей с огнём во взгляде пафосно утверждают, что эмбрион – личность, его нельзя убивать! И в этот момент их мысль застывает в непонятном самодовольстве... и не делает естественных выводов из тезиса – эмбрион уже человек-личность. Я постараюсь рассмотреть эти выводы. Пока необходимо осмыслить очевидности, которые для спорящих являются не аргументами и данными, а *светом*, освещающим и открывающим взгляду сущее как существующее для человека и, одновременно, скрывающим от него то, что может открыться лишь в *ином свете* иной *очевидности*.

Мной утверждается, что одной из причин неразрешимости конфликта *pro-life* и *pro-choice* выступает неосмысленность природы очевидностей, на которых оппоненты выстраивают свои умозаключения. Очевидное присутствует в нашем

опыте как предпосылка рассуждений, которую мы некритично изымаем из обсуждения, полагаясь на её самодостаточную данность. Поэтому есть надежда, что философ сможет выступить медиатором если не в разрешении, то в смягчении конфликта и ему удастся «выложить» их (очевидности) на стол совместного обсуждения. В осмысленном, отрефлексированном представлении очевидности менее конфликтогенны. Собственно говоря, подобного рода очевидностей довольно много, но есть две, точнее – две пары, которые хотелось бы сегодня предъявить читателю. Первая очевидность связана с опытом переживания смысла сексуальности. Вторая – с экзистенциальным опытом различения предельного зла.

**Женское обрезание как технология прояснения смысла человеческой сексуальности.** Ежегодно женскому обрезанию (удалению клитора и половых губ) подвергается около 200 млн девочек. В результате, женщина превращается в детородную машину, обладающую (за счёт недоступности сексуального наслаждения) высокими «моральными» качествами. В русском языке клитор неслучайно называется «похотником». При помощи обрезания пытаются технологически решить задачу, которую в более мягкой и цивилизованной формы ставит религиозное воспитание девочек. *Материнство* – это атрибут, т. е. свойство, в котором проявляется не случайное качество, а сущность женственности как таковая.

Можно сказать, что разработанные в начале 60-ых годов пероральные контрацептивы, усиливая социальные эффекты аборта, совершили *женское контр-обрезание*, став средством блокирования женских детородных функций (машины воспроизводства рода) и тем самым раскрыв женское существо беззаботным практикам наслаждения и социального самоутверждения. Эта биотехнологическая инновация стала одним из движущих факторов сексуальной революции 60-ых годов прошлого века, освободившей женщин от *атрибута материнства*, превратив способность к рождению ребёнка в случайный, зависящий от *желания* и *выбора* жизненного проекта *модус* их существования.

Тем самым одновременно со структурами традиционной семьи и фаллоцентричной культуры (Ж. Лакан), в которой рождение детей рассматривалось (и продолжает рассматриваться) как важнейшая форма самореализации мужчины и женщины, возник принципиально иной вид человеческой самореализации, освобождённый от связей с продолжением рода. Соответственно, сформировался новый формат семьи, безразличный к половым особенностям *акторов*, и, если взять в целом, новая разновидность культуры, которую вполне можно

назвать *клит-культурой* (от слова клитор). Фаллос, лишившись в символическом пространстве *детородных* функций, оказывается в рамках этой культурной установки тождественен женскому клитору как орган, смысл наличия которого у мужчин исчерпывается возможностью участвовать в производстве эротических наслаждений. Это *символическое* тождество женских и мужских половых органов практически реализуется в становящихся всё более популярными хирургических технологиях смены пола.

Безразличие к естественным половым особенностям в рамках клит-культуры способствует легализации и социальной абилитации гомосексуальных отношений, которые в традиционной культуре стигматизируются как противоестественные.

Предотвращая нежелательную беременность, технологии контрацепции и аборта создают предпосылки отношения к деторождению как к *осознанно контролируемому* процессу. Деторождение из необходимости, из естественного «есть», сдвигается в зону технологически осваиваемого «может быть» – основанию личной свободы. Таким образом, зачатый будущий ребёнок превращается из *дара* (Бога или Природы) – в своеобразное запланированное *изделие* родителей и врачей (биотехнологов). Его появление на свет не обусловлено ни требованиями «естества» мужчин и женщин, ни заветом Бога – «плодиться и размножаться».

Создавать семью и *планировать* рождение детей в подходящее для себя время становится *репродуктивным правом*. Врачи и учёные обеспечивают инновациями в сфере вспомогательных репродуктивных технологий, *репродуктивными правами* граждан вне зависимости от их возраста, состояния здоровья, пола, сексуальной ориентации, прижизненного или посмертного родительства. Становится возможным зачатие и рождение детей от умерших «родителей», половые клетки которых были при их жизни заморожены. Тем самым, идеологическая позиция, обозначаемая как *pro-choice*, формируется не на пустом месте, а в контексте безразличной к деторождению клит-культуры. Ей противостоит традиционная фаллоцентричная культура плодородия.

Выше был задан вопрос – почему тезис *pro-life* исчерпывается запретом прерывать беременность? Полагаю потому, что сторонникам *pro-life* важно, прежде всего, *сохранить судьбу* женщины как продолжательницы рода. Защитить *материнство* от превращения из атрибута женщины (свойства, в котором выражается её сущность) в модус – свойство, которое с судьбой женщины связано случайным образом. То, что касается судьбы эмбрионов и плодов,

отношение к ним в традиционной детородной культуре практически одинаковое. Далее мы представим реальные, весьма нелицеприятные последствия этой неразличимости. Но сначала скажем нечто о более важном.

**Переформатирование различения добра и зла.** В традиционной культуре рождение человека на свет было и остаётся своеобразной естественной лотереей. За полученные при рождении достоинства или недостатки человек должен благодарить или пенять Богу или Природе. Инструментализация человеческой жизни, происходящая в научном взгляде, превращает её из *дара* в *проект*, осуществляемый в горизонте клит-культуры. Тем самым создаются условия, при которых претензии за врождённые проблемы могут быть предъявлены ребёнком, ощущающим себя некачественно изготовленным изделием, к тем, кто неверно спроектировал – родителям, или некачественно реализовал этот проект – врачам. Как только потомки начинают осознавать себя в качестве *изделий*, то с необходимостью возникает возможность того, что они «могут потребовать отчета от создателей своих геномов, возложив на них всю ответственность за нежелательные, с их точки зрения, последствия изменения исходного органического состояния истории их жизни».

Требования такого рода «отчёта» по поводу некачественной жизни (*wrongful life suits*) все чаще звучат в исках, число которых постоянно растёт. Они, безусловно, интересны сами по себе, поскольку конструируют в правовом поле особый статус человека как биотехнологического изделия, требующего отчёта от своих изготовителей. Но, в них звучит ещё и другой не менее принципиальный тезис. Дело в том, что, несмотря на успехи пренатальной медицины, аборт пока (до внедрения технологий редактирования генома эмбрионов) является практически единственным средством «лечения» диагностированной генетической или иной врождённой патологии. По сути, дети предъявляют претензии врачам, которые не проинформировали об обнаруженном дефекте родителей и о возможности сделать аборт, или родителям, что они, будучи адекватно проинформированы, не пошли на аборт.

Что по мнению истцов-детей, которых родители не «абортировали», хотя знали о высокой вероятности их рождения с тяжелыми генетическими заболеваниями, выступает основанием исков? Какого рода ущерб им нанесён родителями, сохранившими им *жизнь*? Естественный для человека современной культуры ответ – *страдание* необходимо осмыслить, обратив внимание на (свершившийся внутри *очевидности* восприятия жизненных ситуаций) парадоксальный факт инверсии в иерархии степеней воплощения зла. Истцы, по сути,



утверждают, что *жизнь, включающая в себя страдание, хуже, чем смерть*. Аборт, прерывающий их некачественную жизнь, – это не преступление (убийство), а акт радикального милосердия! Иными словами, не смерть воплощает *предельное зло*, а страдание, телесно переживаемое как *боль*. По сути, происходит генерализация утилитаристской моральной перспективы.

В рамках такой культурной перспективы аборт не убийство, а форма медицинской помощи. Точно такая же форма профессионального врачебного милосердия как *эвтаназия*, моральное оправдание которой лежит в той же новой *очевидности* предельного различения добра и зла. Смерть, прерывая страдание (боль), является *средством* врачевания, предотвращающим наступление *худшего* зла. Поэтому, в рамках культуры *pro-choice* бессмысленно обвинять женщин, совершивших аборт, в *убийстве* невинных детей. Для них – это просто акт милосердия, избавляющий будущего человека от худшего – страдания.

Тем самым в конфликте по поводу морального статуса эмбрионов и плодов сталкиваются не различные противоречащие друг-другу мнения, а две антагонистических культуры, два различных антропологических *проекта человека быть собой*, встроенных в различные координаты различения добра и зла. Бессмысленно – общего смысла нет – пытаться *разрешить* этот конфликт рационально, доказать приоритет одной из позиций. Ответ в головах спорщиков присутствует в очевидности специфического культурного самосознания еще до начала оправдывающей его аргументации. Однако, возможно конфликт *разрешить* в другом значении этого слова – принять его в качестве неизбежности и подумать о цивилизованной мирной форме его адаптации к гетерогенно устроенной социальной жизни? Можно ли, преследуя миротворческую цель, эти две культуры хотя бы сблизить?

Полагаю, что именно специфика вопроса о допустимости редактирования генома человека позволяет *переформатировать* неразрешимое, казалось-бы, противоречие. В чем здесь дело? Дело в том, что в вопросе об аборте речь идёт исключительно о прерывании жизни эмбриона или плода. Цель исключительно негативная. В вопросе о редактировании генома эмбриона человека существует вероятность прерывания его существования, но, одновременно, предлагается патогномоничное лечение – исправление генома, направленное на предотвращение развития патологического состояния. *Тем самым совершается существенный апгрейд ситуации за счёт включения в неё позитивной идеи терапии*.

**Критика либерального самосознания.** Именно идея терапии, если её использовать осмысленно, может помочь либеральному сознанию сторонников

редактирования геномов эмбрионов человека раскрыть в своём опыте неустрашимое присутствие личности (будущего или уже существующего) человека. Пока, во многих национальных законодательствах человек становится правоспособным лишь в момент рождения. До этого момента право не различает его в череде преобразований эмбрионов и плодов. Соответственно в оптике правосознания воздействия врача (биотехнолога) на эмбрионы или плоды ненаблюдаемы. Их косвенно можно «отследить» по неблагоприятным последствиям для телесного благополучия беременной женщины. В этом основной недостаток либеральной позиции, заключающейся в том, что, рассматривая эмбрион человека инструментально в качестве своеобразной ремонтпригодной машины, врачи и биотехнологи *снимают с себя ответственность* за проблемы со здоровьем, которые могут быть следствием манипуляции с зародышем (как и с половыми клетками будущих родителей!). Повторюсь, эмбрионы и плоды в качестве вещей в законодательстве правоспособностью не обладают. Поэтому, за ущерб, нанесённый эмбрионам и плодам до рождения, соответствующие субъекты ответственности не несут. Отметим, что это касается не только субъектов редактирования генома эмбрионов человека, но и всей бурно развивающейся новой области – пренатальной медицины.

Однако, как только редактирование генома из экспериментальной манипуляции превращается в терапию, то происходит преобразование *схемы действия*. В ней появляется в качестве виртуальной (непосредственно не наблюдаемой) цели будущий человек. Его благополучие обещает обеспечить врач-биотехнолог. Поэтому реальную эффективность метода нельзя установить в лабораторных экспериментах в чашках Петри. Лишь благополучие или неблагополучие конкретного будущего человека определит успех или неуспех редактирования.

Иными словами, действие врача-биотехнолога на половые клетки или эмбрионы человека с терапевтической целью *конституирует существование* (до рождения – виртуальное) будущего человека: не стадия развития эмбриона, а действие врача. Не будем забывать, что и границы живорожденности (рождения на свет) определяются возможностью (невозможностью) оказания врачебной помощи (границами врачебного действия). Вероятно, необходимо создание цивилизованных механизмов *страхования врачебной и биотехнологической ответственности* в данной области.

Одновременно, развитие этой практики будет означать *признание* эмбрионов и плодов в качестве особого рода личностей, т. е. ограничение инструменталистского отношения к их благополучию. Именно перед этой, обладающей

правами личностью (а не только родителями) несёт ответственность врач-биотехнолог, действующий (оказывающий помощь) на дородовой стадии индивидуальной жизни человека. Тем самым, требование *ответственности* в контексте практик редактирования генома эмбрионов человека сможет приблизить позицию *pro-choice* к позиции *pro-life*, обеспечив тем самым основание для социального признания и, соответственно, социального конструирования морального статуса эмбрионов и плодов, в отношении которых осуществляются те или иные вмешательства.

**Критика традиционалистской позиции.** Существенным недостатком консервативной позиции можно считать *этико-правовую непоследовательность*. Её предпосылки обсуждены выше. Моя задача заключается в том, чтобы сделать выводы, которые не замечают сторонники *pro-life*. Назвав зачатого эмбриона человеком, и распространив на него право «Не убий!», они не считают нужным рассмотреть иные права столь же необходимым образом, принадлежащие этому человеческому существу как человеку. У каждого человека вместе с правом на жизнь есть право на достойную смерть и погребение.

Почему у миллионов сторонников *pro-life* по всему миру не возникает ужас из-за того, что лишних эмбрионов сливают в канализацию, а абортированные плоды утилизируют с другими «биологическими отходами» мясокомбинатов, уличной падалью и т. п.? Это можно объяснить только уже упомянутым обстоятельством – вопрос для консервативного сознания не в статусе плодов и эмбрионов в качестве личностей, а в сохранении *материнства* как неотъемлемого атрибута женщины.

В традиционном христианском сообществе лишь крещение – символическая смерть в природном теле и возрождение в духе конституирует статус человека как одного из нас. Погибшие до крещения младенцы не могли быть отпеты и погребены по-человечески. В светском сообществе аналогичную роль играет акт гражданской регистрации (именования) на основе Свидетельства о рождении. Нужно сказать, что в Израиле и некоторых скандинавских странах уже разработаны специальные, в том числе и религиозные, практики захоронения нерождённых плодов, иногда предполагающие их посмертное именование.

Следующим правом, которое с необходимостью вытекает из утверждения о том, что эмбрион уже человек, один из нас, является право на медицинскую помощь и соответствующая ответственность врачей и, или родителей за её неоказание. Но единственную помощь и в плане диагностики, и в плане лечения

может эмбриону оказать лишь врач-биотехнолог (преимплантационная диагностика, редактирование генома или эпигенома).

Таким образом, экспликация логического содержания, вкладываемого в утверждение – эмбрион уже личность и один из нас, с необходимостью приближает консервативную позицию к либеральной. Так же как утверждение о терапевтическом смысле технологии редактирования генома эмбриона позволяет преодолеть представление о нём как ремонтпригодной машине – вещи.

**Заключение.** Ответственная мысль, освобождённая от идеологических этикеток, имеет шанс сблизить, казалось бы, непримиримые позиции.

## **ОГЛЯД ОСНОВНИХ БІОЕТИЧНИХ ПРОБЛЕМ У СФЕРІ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ**

**Я. О. Триньова**

*Академія державної пенітенціарної служби України  
м. Київ*

Допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) є, по суті, окремою біоетичною проблемою сучасності, оскільки не можна надати єдино вірну відповідь щодо добра чи шкоди, які можуть наступити внаслідок використання цього нового знання.

Однак предметом статті є проблеми, які можна назвати похідними від факту існування, використання ДРТ та пов'язаних із ними технологій.

Проаналізувавши зарубіжні джерела інформації ми виявили шість основних проблем у сфері ДРТ:

- 1) визначення початку правового забезпечення охорони життя людини;
- 2) можливість використання методу сурогатного материнства в одностатевих шлюбах та самотнім чоловікам;
- 3) створення «дизайнерських дітей» у програмах екстракорпорального запліднення (ЕКЗ);
- 4) штучний відбір (створення) дітей із фізичними вадами;
- 5) усиновлення проти ДРТ;
- 6) допустима кількість дітей.

Розкриємо їх по черзі:

1. *Визначення початку правового забезпечення охорони життя людини.*

На сьогоднішній день можна виділити декілька основних концепцій визначення початку правового забезпечення життя людини:

- 1) з моменту зачаття;
- 2) з 15 дня після виникнення зиготи;
- 3) з моменту настання 22 тижня вагітності;
- 4) з моменту початку першої потуги при пологах [1].

Остання пропозиція визначення початку кримінально-правового забезпечення охорони життя людини достатньо давно використовується в Україні, хоча в медичній сфері ще з 2006 року домовились про врятування життя людини з 22 тижня вагітності [2]. Посилання саме на цей термін вагітності, окрім приєднання

Україною до міжнародних актів, пояснювалось тим фактом, що саме на цій стадії розвитку організму людини завершується формування її мозку. А оскільки смерть людини пов'язується із незворотними процесами саме в мозку людини [3], то і визначення початку життя людини вирішили пов'язати саме з формуванням цього органу.

Однак в останні десятиліття за допомогою сучасних технологій стало можливим виявляти ознаки життя на більш ранніх стадіях вагітності, створювати штучно ембріони тощо. Відтак вченими було запропоновано визначення початку життя людини перенести на ще більш ранню стадію, на 15 день від моменту формування зиготи. Така пропозиція була зумовлена необхідністю проводити експерименти на ембріонах людини, проте через етичні обмеження такі маніпуляції були заборонені в багатьох країнах світу. Тому вчені домовилися вважати цей день точкою відліку людського життя, тому що, з одного боку, до 15 дня ембріон може не імплантуватись в матку жінки через цілком природні умови, з іншого, – саме з 15 дня починає формуватися нервова трубка плоду, яка є прообразом нервової системи людини (до цього терміну ембріон людини є лише бластоцистою – скупченням ембріональних клітин, які є дуже цінними для науки і одночасно не є людською істотою в моральному сенсі).

В міжнародній практиці, на підтвердження такої домовленості, можна навести справу Олівер Брюстл проти Грінпіс (Oliver Brüstle v. Greenpeace) від 18 жовтня 2011 [4], коли Європейський суд із прав людини (ЄСПЛ) прийняв рішення щодо неможливості проведення експериментів на ембріонах людини старше 14 дня. Отже, можна вважати, що ЄСПЛ визнав необхідність початку правового забезпечення охорони життя людини з 15 дня від моменту виникнення зиготи.

Утім прагнення до пізнання всього нового змусило сучасних вчених переглянути свою позицію – Міжнародне товариство дослідження стовбурових клітин (ISSCR) оновило свої рекомендації з досліджень стовбурових клітин [5]. Керівний принцип цих рекомендацій – це послаблення 14-денного обмеження, на підставі того факту, що людський ембріон може залишатися живим у лабораторії значно довше.

Згідно з ISSCR, новий підхід відображає сучасні досягнення, включно зі створенням моделей ембріонів на основі стовбурових клітин, дослідження людських ембріонів, химер, органел, редагування геному і ектогенез.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Ектогенез - це зростання організму в штучному середовищі поза організмом, в якому він зазвичай знаходиться, наприклад, зростання ембріона або плода поза тілом матері або розвиток бактерій поза тілом господаря. Термін запропонований британським вченим Дж.Б.С. Холдейн в 1924 році.

Незважаючи на те, що ці рекомендації не мають сили закону, вони є дуже впливовими, і в таких цивілізованих країнах, як Великобританія, США і Австралія, очікується зростання тиску з боку біоетиків з метою скасування правила 14 днів. За останні кілька років фахівці з біоетики неодноразово закликали до перегляду низки рекомендацій.

До недавнього часу правило 14 днів було непорушним, тому що ембріони не могли залишатися живими довше 11-12 днів. Але нещодавно дві окремі дослідницькі групи в Китаї оголосили, що вони змогли вирощувати ембріони приматів *in vitro* протягом 20 днів, і це відкрило нові привабливі перспективи для вчених, які мають справу з стовбуровими клітинами.

Щодо концепції *забезпечення правової охорони життя людини з моменту зачаття*, на мій погляд, вона є недосконалою, оскільки означає фактично необхідність втручання в приватне життя людини. Створення родини, народження дітей є правом особи, а не її обов'язком. На цьому тлі суттєво виграє концепція визначення початку правового забезпечення життя людини саме з 15 дня появи зиготи. У такому разі досягається баланс інтересів дорослої людини (жінки) та ембріона (зокрема задоволення його права на життя). Проте звертаю увагу, що на міжнародному рівні відсутні домовленості щодо визначення початку правового забезпечення захисту життя людини. ЄСПЛ недвозначно висловився з цього приводу у справі *Во проти Франції (Vo v. France, 53924/00 Judgment, 8.7.2004)* [6], в якій суд постановив, що за Статтею 2 Конвенції про захист прав людини та основоположних свобод не бажано та не можливо вирішити, чи є ненароджена дитина особою.

Відтак визначення початку правового забезпечення охорони життя людини є прерогативою національних законодавств.

2. *Можливість використання одностатевими парами та поодинокими чоловіками методу сурогатного материнства* для отримання біологічно споріднених дітей обговорюється вже досить давно. Першими з держав, які запропонували пом'якшити законодавство та надати можливість використання одностатевими парами та одинокими чоловіками програм ДРТ, стали Ізраїль та Німеччина, чий законодавства в цій сфері ми стисло проаналізуємо.

Зокрема, в 2020 році Верховний суд Ізраїлю скасував закон, який забороняв одностатевим парам та одиноким чоловікам вдаватися до програм ДРТ.

Верховний суд Ізраїлю одноголосно постановив, що законодавство в сфері ДРТ прямо порушує принцип рівності громадян та їхнє право на реалізацію права батьківства.

Голова ВС Ізраїлю Естер Хайют зазначала, що обмеження у правах зазначених груп населення є проявом їхньої дискримінації та визнанням меншовартості, зважаючи на той факт, що на сьогодні програмами ДРТ можуть скористатись гетеросексуальні пари та одинокі жінки [7].

Подібний сплеск суспільних дискусій щодо пом'якшення репродуктивного законодавства для одностатевих пар відбувся і в 2020 році у Німеччині. Представники громадської організації «Вільні демократи» запропонували переглянути Закон «Про захист ембріонів» (1990 р.), який забороняє сурогатне материнство, як морально застарілий та той, що не відповідає сучасним реаліям. На їхню думку, загальна лібералізація репродуктивного законодавства має містити гарантію лікування безпліддя незалежно від моделі сім'ї, також має бути дозвіл на донацію яйцеклітин, ембріонів та некомерційне сурогатне материнство. Крім зазначеного пропонуються зміни до сімейного законодавства, відповідно до яких має бути врегульована модель множинного батьківства (до чотирьох осіб) та виховання дитини.

Підставою таких змін стала легалізація одностатевих шлюбів. В такій моделі родини, яка складається, наприклад, із двох чоловіків, можуть стати потрібними двоє жінок для народження дітей. Аргументуючи лібералізацію законодавства у сфері ДРТ, представники громадської організації апелювали до Конституції Німеччини, згідно з якою відмінність у способі народження дітей (залежно від моделі шлюбу) є не припустимою [8].

### *3. Створення «дизайнерських дітей» під час програм ЕКЗ.*

Технологія редагування генів (CRISPR<sup>3</sup>), як зазначають фахівці цієї галузі, все ще знаходиться на ранньому етапі розвитку. Проте вона сьогодні рекламується як значне технологічне досягнення у репродуктивній сфері. Метод редагування генів CRISPR-Cas 9 дає змогу дослідникам легко змінювати послідовності ДНК та модифікувати функції генів.

Метод заснований на білку Cas 9, який діє як пара ножиць і здатний розрізати нитки ДНК. Ця технологія широко використовується у США та інших державах для редагування генів відповідно до бажаних характеристик організму. При цьому вчені сподіваються на можливість редагування геному людини для отримання його стійкості до різних захворювань. Зокрема, у 2019 році китайський вчений заявив, що йому вдалося відредагувати геноми двох ембріонів, отри-

---

<sup>3</sup> Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats



маних за допомогою ЕКЗ, для отримання їхньої стійкості до ВІЛ, перш ніж їх було імплантовано жінці [9].

Пізніше, у 2020 році, у США (штат Мічиган) спалахнув скандал через участь одного з професорів Мічиганського державного університету у проведенні експерименту з редагування геному людини. Варто зазначити, що наукова спільнота цього університету толерантно поставилась до скринінгу ембріонів із метою виявлення синдрому Дауна, однак не схвалила заяву професора про скринінг ембріонів, щоб виявити гени, відповідальні за кращий інтелект. Його аргументи на користь проведення такого скринінгу – збільшення користі для суспільства від людей із більш високим інтелектом – були відкинуті спільнотою вчених. Навіть більше – професора було оголошено расистом, а його кар'єра пішла на спад [10].

Створення «дизайнерських» дітей заборонено в більшості європейських країн, що зумовлено низкою міжнародних документів (зокрема Конвенція Ов'єдо, 1997 р.), проте дозволено в декількох штатах Америки, де діяльність галузі репродукції у цій частині доволі слабо врегульована. Зокрема, у виданні «Дейлі мейл Австралія» (*The Daily Mail Australia*) було повідомлено, що американський Інститут репродуктології (*The Fertility Institutes*) допоміг у 2017 році 370 австралійським парам обрати стать своєї майбутньої дитини, а 14 пар вирішили ще і обрати колір очей майбутньої дитини. Інша австралійська клініка «Колб репродуктологія Австралія» (*Kolb Fertility Australia*) повідомила, що в 2016 році вона щомісяця відправляла 15-20 пар у відповідну клініку Каліфорнії (США). За рік було відправлено щонайменше 195 пар. Загалом держави загального права (Австралія, Великобританія, Канада, Нова Зеландія) забороняють вибір статі майбутньої дитини за винятком випадків, щоб уникнути спадкових захворювань, пов'язаних зі статтю [11].

Ще однією проблемою у контексті «конструювання» дітей є так звані *dіти від трьох батьків*. Тут скоріше йдеться про доведення факту реальних можливостей такої технології лікування безпліддя, станом на 2020 р. У 2017 році на шпальтах зарубіжного видання «Новий вчений» (*New Scientist*) з'явилося звинувачення на адресу українського лікаря – директора клініки репродуктивної медицини м. Києва Валерія Зукіна в тому, що він використовує цей метод без проведення попередньої експертної оцінки та перевірок безпечності методу.

Проте зазначений лікар<sup>4</sup> заявив, що він отримав схвалення його методу комітетом з етики, перш ніж продовжити свою діяльність, і планує представити результати своєї діяльності на американському конгресі з репродуктивних технологій у Нью-Йорку.

Його каліфорнійській колега доктор М. Дарновскі з Центру генетики та суспільства в Каліфорнії виказав сумнів щодо результативності такої методики, оскільки вона ще не достатньо розроблена, щоб гарантувати лікування у такий спосіб. На його думку, не доведена можливість уникнення спадкових захворювань мітохондрій за допомогою народження дитини від трьох батьків, а подібні заяви зумовлені комерціалізацією лікування безпліддя і є ознакою недобросовісної реклами. Засноване на цьому методі лікування мітохондріальних захворювань є суто теоретичним припущенням, воно не доведене практично і тому є небезпечним для майбутніх дітей та поколінь [12].

У справі Гард та інші проти Великої Британії (*Case of Gard and others v. The United Kingdom*), яку розглядали у ЄСПЛ з 2017 по 2019 рік, йшлося про Чарлі Гарда, дитину, яка страждала на дуже рідкісне і важке захворювання мітохондрій – синдром дитячого виснаження (MDDS)<sup>5</sup>.

У Великобританії не змогли вилікувати це захворювання. Батьки дитини звернулись за допомогою до лікарів США, де на той час проводились доклінічні дослідження засобів для лікування цього захворювання на мишах. Однак допомогти дитині не змогли. Суд прийняв рішення відключити дитину від апаратів, які штучно підтримували її життєдіяльність [13, С. 270-306].

Водночас репродуктологу Джан Чжану, за його словами, вдалося здійснити дослідження щодо народження дитини від трьох батьків. Для цього він провів свої дослідження в іншій державі – Мексиці, юрисдикція якої ліберально ставиться до подібної діяльності [12].

У зв'язку із вищезазначеним у науковій спільноті виникла дискусія у моральній площині щодо соціологічних та антропологічних наслідків подібних

---

<sup>4</sup> Зукін Валерій Дмитрович – директор клініки «Надія». Працював лікарем-генетиком, завідувачем ембріологічною лабораторією, з 1999 по 2005 рр. – генеральний директор клініки «Ісида». Автор 17 наукових робіт, віце-президент Української асоціації репродуктивної медицини, член правління Європейського товариства репродукції людини та ембріології, член Американської асоціації репродуктивної медицини. Кандидат медичних наук. URL: <https://ivf.com.ua/team>

<sup>5</sup> Мітохондріальні захворювання зумовлені генетичними, структурними, біохімічними дефектами мітохондрій, що призводять до порушень тканинного дихання. Вони передаються тільки по жіночій лінії до дітей обох статей, позаяк сперматозоїди передають зиготі половину ядерного генома, а яйцеклітина постачає її другу половину генома і мітохондрії.

досліджень-експериментів із застосуванням геному людини. Виникло поняття «морального зносу» як явища, яке характеризує прагнення батьків змінити гени своїх майбутніх дітей, щоб покращити їх, при цьому мова не йде про усунення спадкових захворювань. Крім того, подібні експерименти можуть стати передумовою виникнення дискримінації старшого покоління за ознакою «застарілих» генів.

Кожне нове «модифіковане» покоління рано чи пізно зіткнеться із проблемою «застарівання» своїх модифікацій, що призводитиме до соціального, психологічного та навіть фізичного конфліктів між поколіннями. Таке ставлення неодмінно вплине і на родинні стосунки, в яких батьки можуть розглядати своїх дітей із застарілими «модифікаціями» генів як дефектних [10].

4. Наступна біоетична проблема, пов'язана із попередньою, полягає у визначенні критеріїв фізичної нормальності людини. Адже виявляється, те, що є нормою для більшості, може не бути нормальним для іншої категорії людей. Чи є морально припустимим штучно створювати людей із фізичними вадами через бажання їхніх батьків бачити і спілкуватись із собі подібними?

Нижче йтиметься про відбір глухих дітей для глухих батьків. У зарубіжному суспільстві спостерігається цікава закономірність, за якою вважається, що сліпота не вважається нормальним образом життя, натомість глухота, зниження якості слуху, нібито не впливає на «нормальність» життя.

Все більше з'являється літератури, яка підтверджує право глухих батьків на передімплантаційну генетичну діагностику (ПГД) для вибору (створення – в програмі ЕКЗ) глухих дітей. На захист моральної допустимості такого права висувуються такі аргументи. Обґрунтовується, що для дитини може бути навіть краще бути глухою, адже вона зможе вивчити мову жестів, буде більш візуально та тактильно чутливою. Чи може це обмежувати плани дитини на майбутнє? – не обов'язково. Тут прибічники посилаються на приклад глухих адвокатів, які будують кар'єру, інколи недоступну для більшості «нормальних» адвокатів; і що родини, які прагнуть обрати (створити) глухих дітей, не розглядають їх і себе як людей із вадами здоров'я. Навіть більше, лобісти цієї теорії вважають, що «нормальна» дитина, народжена від глухих батьків, приречена на більш тяжке життя. Чи зашкодить це світу? – не обов'язково, оскільки, в принципі, кожний акт репродукції, зокрема штучної, здатний завдати шкоди. Крім того, у житті кожної людини є і певні обмеження та страждання, які породжуються кліматом, політикою, соціально-економічним статусом, біологією тощо.

Більша частина аргументів прибічників цієї ідеї випливає із ідей британського теоретика інвалідності Елізабет Барнс. Вона стверджує, що інвалідність робить людей фізично нестандартними, а не гіршими за інших. Як зазначає філософ Брістольського університету Жаклін Уоліс, більшість людей із фізичними вадами не вважають себе неефективними, неоптимальними, а навпаки – сприймають себе здоровими, цілісними функціональними особистостями. Тому, на її думку, цілком морально допустимо створювати генетично глухих дітей [14].

5. Із попередньо наведених біоетичних проблем випливає і така: чи є моральним прагнути бути біологічно пов'язаними зі своїми дітьми або можна обрати «усиновлення, а не ДРТ». Зокрема, викладач філософії Лондонського університету «Роял Холлоуей» Рейчел Роуч зазначає, що прагнення бути біологічно пов'язаними зі своїми біологічними дітьми, наприклад бажання спілкуватись тільки всередині своєї расової групи, може тягнути несприятливі наслідки. Бажання спілкуватись тільки з представниками своєї раси призводить до відмови людям у реалізації їхніх законних прав тільки через їхню приналежність до певної раси. Так само і бажання потенційних батьків бути біологічно пов'язаними зі своїми дітьми, означає, що більшість батьків створює нових дітей, не зважаючи на той факт, що мільйони дітей вже потребують усиновлення або опіки. Внаслідок такого прагнення потенційних батьків мати своїх біологічних дітей, вже існуючим дітям відмовляють у реалізації їхнього права на родину. Викладач Копенгагенського університету Еціо Ді Нуччі назвав таке прагнення моральною вадою, від якої потрібно позбавлятися [15].

Прикладом такого фанатичного прагнення до отримання біологічно рідних дітей може слугувати австралійське подружжя. Макс Делмег, 72 річний мільйонер, та його 34-річна дружина Сем за три роки витратили 100 000 австралійських доларів для проведення 11 циклів ЕКЗ, які завершалися невдало, зокрема трьома викиднями. Дружина пояснила, що вона змушена вдаватися до цього, бо хоче власну дитину [15].

Наступний приклад, який, на мою думку, ставить під сумнів принаймні дотримання раціоналізму прийнятого рішення, є досвід ще одного австралійського подружжя, яке скористалось методом сурогатного материнства для отримання дитини у достатньо зрілому віці – жінка у 63 роки і чоловік у 78 років [16].

6. І завершальною, але, переконана, не останньою, є біоетична проблема визначення допустимої кількості народжених (створених) дітей в умовах кліматичної кризи.

Нещодавно, в 2019 році, викладач Коледжу Боудоін (Bowdoin College) в американському штаті Мен Сара Конлі висловила думку, що соціальний напрям *procreation*, спрямований на підтримку ДРТ, є аморальним. У своїй книзі, виданій у 2016 році, «Одна дитина: чи маємо право на більше?», вона піднімає питання про необхідність на державному рівні запровадження політики однієї дитини в США та в усьому світі. Аргументуючи своє бачення, вона посилається на незадовільний стан довкілля, і доходить висновку, що народжувати дітей подібно до попередніх поколінь є нераціональним та небезпечним для довкілля, адже достеменно відомо про факт перенаселення Землі.

Анна Чаус – викладач університету Помпеу Фабра в Барселоні – констатує, що право на репродукцію є гарантованим правом людини, проте мати більше, ніж одну дитину є небезпечним. Вихід із цієї ситуації Анна бачить у спільному вихованні однієї дитини декількома дорослими. Нагадаю, що Німеччина також пропонує такий варіант сімейних стосунків, щоправда в контексті одностатевих шлюбів. Дослідник з університету Флориди Тревор Хедберг, розділяючи таку позицію наводить аргумент, який полягає у тому, що контроль над викидами вуглекислого газу зобов'язує контролювати кількість народжених дітей. На його думку, дві дитини – це крайня межа. Найбільш цікавий аргумент був запропонований професором Леонардом Каном із університету Лойола в Новом Орлеані. Він вважає, що всі неоптимальні дії є аморальними. Дитина в багатій державі використовує значно більше ресурсу, ніж у бідній, тому репродукція для людей багатих є неоптимальним та аморальним вчинком. В економічно розвинутих країнах населення має перестати народжувати (створювати) дітей [17].

Як підсумок, хочеться навести слова В. Шекспіра: «Людина – це тварина, яка прагне сягнути Бога. Більшість наших страждань – неминучий побічний ефект спрямованих на те зусиль».

---

---

## ЛІТЕРАТУРА

1. Триньова Я. О. Біоетика кримінально-правового забезпечення протидії злочинності: монографія. Харків: Право, 2019. 536 с.
2. Інструкція з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості, затверджена Наказом МОЗ від 29.03.2006 N 179. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0427-06#Text>
3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (ст.52) від 19.11.1992 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#n18>

4. Oliver Brüstle v Greenpeace eV 18 October 2011 URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:62010CJ0034&from=EN>
5. Матеріали електронного журналу «Біоейдж» URL: <https://www.bioedge.org/bioethics/stem-cell-experts-relax-call-for-abolition-of-14-day-rule/13818> (30.05.2021)
6. Vo v. France. URL: [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:\[%22002-4246%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:[%22002-4246%22]})
7. Israel to allow surrogacy for gay couples and single men. URL: <https://www.bioedge.org/bioethics/israel-to-allow-surrogacy-for-gay-couples-and-single-men/>;
8. Push in Germany for legalization of surrogacy URL: <https://www.bioedge.org/bioethics/push-in-germany-for-legalisation-of-surrogacy/13179>;
9. Human gene editing should we think twice about producing designer babies. URL: <https://www.bioedge.org/bioethics/human-gene-editing-should-we-think-twice-about-producing-designer-babies/13176>
10. More protests over eugenics this time at Michigan state. URL: [www.bioedge.org/bioethics/more-protests-over-eugenics-this-time-at-michigan-state/13477](http://www.bioedge.org/bioethics/more-protests-over-eugenics-this-time-at-michigan-state/13477);
11. Fertility tourism Australians travelling to us to have designer babies. URL: <https://www.bioedge.org/indepth/view/fertility-tourism-australians-travelling-to-us-to-have-designer-babies/13087>
12. Ethics ignored in 3 person embryo technique URL: <https://www.bioedge.org/bioethics/ethics-ignored-in-3-person-embryo-technique/12045?fbclid=IwAR31b7q-wwsLe1xtQiHT3DeqwYeUOuz1CyQF64FMOJKqUoduJ4TCaXWskrso>;
13. Смерть на прохання в Європі (Біоетика та практика ЄСПЛ щодо закінчення життя людини на прохання): зб. рішень ЄСПЛ/уклад. і пер. Я. О. Триньова/За заг. ред. В. М. Куца. Харків: Право, 2019. 376 с.
14. Is it ethical for deaf parents to choose to have deaf children? URL: <https://www.bioedge.org/bioethics/is-it-ethical-for-deaf-parents-to-choose-to-have-deaf-children/13235?fbclid=IwAR1peTPd23e0Qhwxco4b3w93xBnoAzAFbiFSxzurxX1morgIO1xIV3bdnk>;
15. Is it immoral to love your kids because they are related to you? URL: <https://www.bioedge.org/bioethics/is-it-immoral-to-love-your-kids-because-they-are-related-to-you/12719>;
16. Australian doctors dispute IVF regulations after 63 year old gives birth. URL: <https://www.bioedge.org/bioethics/Australian-doctors-dispute-IVF-regulations-after-63-year-old-gives-birth/1675>;
17. In times of climate crisis how many children should you have? URL: <https://www.bioedge.org/bioethics/in-times-of-climate-crisis-how-many-children-should-you-have/13104?fbclid=IwAR0L8qxrBDjoIJwp7tldWTPHT7wqWZfiY6akf2VpyoAiUjXh-Pr8zfxGupk>

## ДАНІ ПРО АВТОРІВ

**Банарь Іон Петрович** – к. філос. н., доцент кафедри філософії та біоетики Державного університету медицини та фармації імені М. Тестеміцану, м. Кишинів (Республіка Молдова).

**Березіна Вікторія В'ячеславівна** – к. філос. н., старший викладач кафедри філософії Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ.

**Бойченко Наталія Михайлівна** – д. філос. н., професор кафедри філософії Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ.

**Бугайова Наталія Михайлівна** – к. психол. н., старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник лабораторії загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, м. Київ.

**Гардашук Тетяна Василівна** – д. філос. н., професор, завідувачка відділу логіки та методології науки Інституту філософії імені Григорія Сковороди НАН України, м. Київ.

**Єгоренков Анатолій Іванович** – к. пед. н., доцент кафедри медичної і біологічної фізики та інформатики Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.

**Кожокару Віорел Павлович** – викладач кафедри філософії та біоетики Державного університету медицини та фармації імені М. Тестеміцану, м. Кишинів (Республіка Молдова).

**Кіхно Ірина Михайлівна** – к. біол. н., старший науковий співробітник Інституту молекулярної біології та генетики НАН України, м. Київ.

**Кічук Андрій Іванович** – к. техн. н., доцент, директор Національного агентства забезпечення якості в освіті та наукових дослідженнях, м. Кишинів (Республіка Молдова).

**Кузнєцов Володимир Іванович** – д. філос. н., професор, головний науковий співробітник відділу логіки та методології науки Інституту філософії імені Григорія Сковороди НАН України, м. Київ.

**Леорда Анна Іванівна** – к. біол. н., доцент, провідний науковий співробітник Інституту фізіології і санокреатології, м. Кишинів (Республіка Молдова).

**Марков Юрій Іванович** – к. мед. н., доцент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ.

**Мереуца Іон Єфимович** – д. мед. н., професор, директор Інституту фізіології і санокреатології, м. Кишинів (Республіка Молдова).

**Ожовану Віталій Іванович** – д. филос. н., доцент, завідувач кафедри кафедри філософії та біоетики Державного університету медицини та фармації імені М. Тестеміцану, м. Кишинів (Республіка Молдова).

**Полякова Лілія Дмитріївна** – к. біол. н., старший науковий співробітник Інституту фізіології і санокреатології, м. Кишинів (Республіка Молдова).

**Пустовіт Світлана Віталіївна** – д. філос. н., професор, завідувачка кафедри філософії Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ.

**Тищенко Павло Дмитрович** – д. філос. н., професор, провідний науковий співробітник Інституту філософії РАН, м. Москва (Російська Федерація).

**Триньова Яна Олегівна** – д. ю. н., професор кафедри кримінального права, процесу та криміналістики Академії державної пенітенціарної служби України, м. Київ.



Наукове видання

**ЗДОРОВ'Я, МЕДИЦИНА ТА ФІЛОСОФІЯ:  
СТРАТЕГІЇ ВИЖИВАННЯ  
В УМОВАХ КОВІДНОЇ РЕАЛЬНОСТІ**

*Наукові редактори:*

Пустовіт Світлана Віталіївна  
Бугайова Наталія Михайлівна  
Палей Людмила Адамівна

*Київ: «Українська асоціація з біоетики»  
Дизайн та комп'ютерна верстка: Бугайова Н. М.*



